



# الموتاب بالسراس المرتب ومواجد الموتاب الموتاب

المجاد السّابع أمراض المجلد

#### الأقسام العلمية

دمشق الروضة مشارع قاسم آمین رقم ۲۹ مص.ب ۲۲۹۲ هاتف ۲۲۱۵۲۰۵ و ۲۳۱۵۲۰۵ فاکس ۳۳۱۵۲۰۷

#### الإدارة العامة

دمشق مزة فيلات غربية مشارع الغزاوي من .ب ٩٢٦٨ هاتف ١١٣٠٥٨٢ و ٦١٣٠١٩٨ فاكس ٦١٢٠٥٨٣

> البريد الإلكتروني ARAB-ENCY@MAIL.SY

الموقع الإلكتروني www.arab-ency.com

الطبعة الأولى ٢٠١٦ حقوق الطبع والنشر محفوظة

# إلى الزميل الكريم

لقد امتدت آفاق العلوم وترامت أطراف المعرفة وأصبح إنسان اليوم عاجزاً عن الإحاطة بجوانبها كافة، فكان لزاماً ظهورُ موسوعات عامة ومتخصصة يتناول كل منها نواحي معرفية خاصة به. ونحن حريصون في هذه الموسوعة الطبية المتخصصة على تقديم آخر ما توصلت إليه مستجدات العلوم الطبية المختلفة، ولا نبخل ببذل الجهود لتحقيق الغايات المرجوّة، وخصوصاً وقد تهيأت لنا الظروف الملائمة التي أتاحها لنا تشجيع سيادة الرئيس الدكتور بشار الأسد ودعمه لهذا المشروع العلمي الضخم.

تفخر الموسوعة الطبية المتخصصة بأن تقدّم اليوم مجلّدها السابع بعد صدور المجلدات الستة الأولى التي أسعدنا أن تلقى الصدى الحسن في الأوساط الطبية المختلفة. ويبحث هذا الجزء في الأمراض الجلدية التي هي من أكثر الأمراض صلة بغيرها؛ إذ لا يخفى أن هناك أعراضاً جلدية كثيرة تظهر أحياناً بعد الإصابة ببعض الأمراض الخمجية والغذائية والتحسسية وأمراض أخرى. ويغلب أن يكون الطبيب المعالج هو من يلجأ المريض إليه أولاً في هذه الحالات. ولكن هناك أعراض جلدية يتوجه المريض فيها مباشرة إلى الطبيب المختص بأمراض الجلد.

وضع الأستاذ الدكتور مأمون الجلاد مساق هذا المجلّد بعد دراسة وافية لأكثر الأمراض الجلدية انتشاراً في بلادنا؛ وقد تونّى أيضاً مراجعة البحوث على نحو علمي متعمّق متوخّياً الحرص على دقة المعلومات، وعلى تقديم أحدث ما توصلت إليه الدراسات العالمية في هذا المجال المهمّ لكل معنيّ بالأمراض الجلدية، سواء في ذلك طالبُ الدراسات العليا والطبيبُ العام الممارس والطبيب المختص.

يضم هذا المجلّد اثنين وعشرين بحثاً أسهم في كتابتها واحد وعشرون طبيباً متخصصاً. وبعد أن تمّ تدقيقها علمياً، راجعها الأستاذان الدكتور إبراهيم حقي والدكتور عبد الرحمن القادري؛ كما عُرضتُ على مدقّقي اللغة العربية لتصحيح أخطاء ريما وردت فيها.

ولا بداً لي من إسداء الشكر جزيلاً للأستاذ الدكتور محمد عزيز شكري المدير العام لهيئة الموسوعة العربية، لما يبذله من جهود مخلصة، ولما يتصف به من همة عالية تجعل هذا العمل العلمي يسير بخطوات حثيثة لتحقيق الغايات المنشودة.

ولا يسعني أيضاً إلاّ أن أشيد بجهود العاملين في هيئة الموسوعة العربية جميعهم، ويتضانيهم في أداء عملهم على الوجه الأكمل؛ فلهم الشكر والامتنان.

وأخيراً، نأمل مخلصين أن يكون التوفيق حليفنا في هذا الإصدار، وأن نكون قد وضعنا لبنة نخدم بها زملاءنا الأطباء، وطلاب الدراسات العليا وغيرهم من المهتمين بالأمراض الجلدية.

# والله الموفق

رئيس الموسوعة الطبية المتخصصة الأستاذ الدكتور عدنان تكريتي

#### تتصف الأمراض الجلدية بخصائص متعددة منها:

سعة انتشارها، وارتباطها الوثيق بأجهزة العضوية الداخلية وأمراضها، وصلتها المتينة بالعلوم الطبية الأساسية، مما سيأتي بيانه لاحقاً.

#### وتتميز بصفتين فريدتين،

الأولى: أن الأمراض الجلدية أمراض عيانية في المقام الأولى، تبدو مظاهرها المرضية جلية للأعين لكنها عصية على التفهم والمعرفة لمن لا يلم بمصطلحاتها وعناصرها والتي هي بمنزلة راموز code خاص بها، ينبغي للطبيب المارس معرفته، وسيُعنى بشرحه في هذا البحث.

والثانية؛ أن الأمراض الجلدية لا تقتصر تأثيراتها على الناحية الصحية للمصاب، بل تتعداها إلى نواح أخرى لا تقل أهمية عنها، فهي تتفاعل مع المجتمع، يؤثر فيها وتتأثر به. ومن ذلك علاقتها بالناحية الجمالية، مما أغدق عليها مزيداً من الاهتمام والعناية، وقد اتسعت آفاق هذه الناحية كثيراً مما أبعد أبحاثها عن البحوث المرضية الحالية.

تُعدَ الأمراض الجلدية من أكثر الأمراض شيوعاً وانتشاراً. وتظهر الدراسات الإحصائية العالمية أن نسبة انتشار الشكايات الجلدية التي تتطلب مراجعة الأطباء تزيد على ٣٠٪ من عامة الناس، كما تشير تلك الدراسات إلى أن قلّة فقط من أصحاب تلك الشكايات تراجع الأطباء الجلديين أو العيادات العامة الشاملة التي غالباً ما يشرف عليها الأطباء المارسون العامون وأطباء الأسرة.

تؤلف الشكايات الجلدية المدونة في العيادات العامة الشاملة نحو ٨-١٠ ٪ من مجموع الأمراض المشاهدة فيها وذلك بحسب الإحصائيات في البلاد الغربية. وتعلو هذه النسبة في عيادات الأطفال؛ إذ تؤلف الأمراض الجلدية فيها نحو ٣٠٪ من مجموع أمراض الأطفال.

دور الطبيب العام الممارس في تنجير الأمراض الجلدية:
تتجه الأنظمة الصحية في معظم بلدان العالم إلى تعزيز
مكانة الطبيب العام الممارس وطبيب الأسرة في مختلف
المجالات الصحية؛ وخاصة في عياداتها الشاملة وفي
مؤسسات التأمين الصحي العامة والخاصة الأخذة بالانتشار،
وأصبحت فئة واسعة من مرضى الأمراض الجلدية تقصد
تلك المراكز، وقد عملت الدول الغربية المتقدمة باكراً بهذا
الاتجاه، وأجرت تقييمات لها ودراسات لنتائجها كشفت عن

وجود صعوبات لقيها ثلث الأطباء الممارسين في تعاملهم مع الأمراض الجلدية، وعُزيت تلك الصعوبات لنقصر في التعليم والتدريب الجلدي قائم لدى معظم كليات الطب في العالم.

وتذليلاً لتلك الصعوبات صدرت في الغرب في العقود الأخيرة مؤلفات جلدية حديثة عُنيت بالأمراض الجلدية الشائعة؛ المشاهدة بكثرة في العيادات العامة، وزُوَدت تلك المؤلفات بالأشكال والأطالس الملونة الراقية وبالإيضاحات والرسوم مما ساعد بيسر على تبديد كثير من تلك الصعوبات.

وإن الأمل معقود أن تكون الأبحاث المقبلة في هذا الجزء عوناً للطبيب العربي الممارس في تعامله مع الأمراض الجلدية، وأن تكون مرجعاً سهلاً يفيد منه الطالب والباحث والطبيب من مختلف الاختصاصات.

## أولاً- خصائص الأمراض الجلدية:

1- كثرة الأمراض الجلدية ومتلازماتها: تجاوز عدد الأمراض الجلدية ومتلازماتها الألفين بحسب ما أشارت إليه بعض المراجع الجلدية. وأصبح من العسير على الطالب والطبيب العام الإحاطة بها إحاطة تامة، ومما ساعد على تهوين الأمر أن معظم الشكايات المشاهدة في العيادات العامة هي أمراض جلدية شائعة يسهل تدبيرها وتشخيصها، أما ما كان معقد التشخيص أو عصيناً على المعالجة أو نادر الحدوث فيمكن إحالته إلى المراكز الجلدية والعيادات الحلاية المتخصصة.

Y-سعة انتشار الأمراض الجلدية: تشير المؤلفات الجلدية إلى أنه قلما يوجد إنسان لم تلمّ به شكاية جلدية واحدة أو أكثر في مختلف سنيّ حياته. وقد أوردت الإحصائية الأمريكية التي شملت شرائح واسعة من مختلف طبقات الأمريكية التي تستوجب السنشارة الطبيب بلغت ٢٠ / ٣٠٪ بين عامة من شملتهم تلك الدراسة. وفي إحصائية أجريت في الهند في ريف مدينة (مدراس)، شملت أطفال المدارس بلغت نسبة انتشار الأمراض الجلدية ٥ / ٣٠٪ من مجموع التلاميذ هناك. وأخيراً أشارت إحصائية لنطقة سامراء في العراق أن نسبة انتشار الأمراض الجلدية فيها بلغت ٢ / ٢٠٪ من مجموع التلاميذ هناك. وأخيراً اشارت المحالية فيها بلغت ٢ / ٢٠٪ من مجموع التلاميذ هناك. واحيائية الحلاية فيها بلغت ٢ / ٢٠٪ من مجموع التلامية التشار الأمراض التي سجلتها الحلدية فيها بلغت ٢ / ٢٠٪ من مجمل الأمراض التي سجلتها تلك الاحصائية المحالية.

وسبقت الإشارة إلى أن قلة من المرضى الجلديين تراجع الأطباء لشكاياتهم الجلدية، كما أوضحت بعض الدراسات المنشورة في الغرب أن ٧٥٪ من هذه القلة يقصدون الأطباء الممارسين العامين و٢٥٪ منهم يستشيرون الأطباء الجلديين المتخصصين. ولم يأت البحث على ذكر الكثرة ممن تبقى من المرضى الجلديين الذين لا يراجعون الأطباء، وأغلب الظن أن منهم - كما لدينا- يتداوى بالأدوية الشعبية أو بالمداواة العشبية، ومنهم من يتردد على مدعي الطب وهم منتشرون في جميع الشعوب، أما البقية الباقية فتهمل شكايتها ولعل ذلك أخف الأضرار!!

7- ارتباط الأمراض الجلدية بالعلوم الأساسية: وتأتي في طليعتها العلوم المناعية وقد كانت الأمراض الجلدية بين أوائل الأمراض والحالات التي درست مناعياً: إذ كان الجلد فيها ساحة متميزة للاختبارات، كما كان عنصراً أساسياً فاعلاً في تلك الساحة وخاصة في أبحاثه الخاصة كالتهابات الجلد الأرجية والتأتب الجلدي والشرى والطفوح الدوائية وغيرها من الأمراض والمتلازمات.

ويُعدَ الجلد بتركيبه وبمكوناته الخلوية المناعية العديدة وبموجوداته الوعائية الدموية والوعائية اللمفية وارتباطها بالعقد اللمفية المجاورة؛ وحدةً مناعية منتظمة ومتقدمة في الخط الأمامي المناعي للدفاع عن العضوية.

- 4- علاقة الأمراض الجلدية بالأجهزة الداخلية؛ تطالمًا وصف الجلد بكونه مرآة تنعكس عليها الاضطرابات الداخلية والروحية. وقد عرف منذ القدم علم الهيئة وتشخيص الأمراض بسيماها الخارجي، وذُكر في الأدب الطبي وفي الطب الصيني ارتباط مناطق مهمة في الجلد بمناطق أخرى داخل العضوية. وتجدر الإشارة إلى ضرورة إحاطة الطبيب الجلدي بالأمراض العامة تشخيصاً وعلاجاً؛ ليكون حاذقاً في اختصاصه الجلدي.
- ٥- علاقة الأمراض الجلدية بالأحوال الاجتماعية: تكاد العلاقة في الأمراض العامة تقتصر على الناحية الصحية للمصاب: وربما تنال ذويه أحياناً، أما في المرض الجلدي فالإصابة تتناول الناحية الصحية ونواحي أخرى كما تقدم ذكره، إضافة إلى النواحي التالية:
- أ- التأثيرات النفسية؛ قد يثير المرض الجلدي كالبهق في بعض المجتمعات الخوف والهلع مخافة عدوى يزعمونها فيه وهو منها براء، ويجتنبه ذووه ويبتعدون عنه المتقدات موروثة خاطئة يحملها مجتمعه وتودي بالمريض إلى الانزواء والاضطراب النفسي وأحياناً إلى الابتعاد عن أهله وعشيرته

وعمله، ولا تُعامل بمثل ذلك الأمراض الأخرى وإن خبثت.

ب التأثيرات الاقتصادية: تعاظم شأن الأمراض الجلدية
المهنية عالمياً في العقود الأخيرة وخاصة في البلاد والمراكز
الصناعية. وتشير الإحصائيات الغربية إلى أن الإصابات
الجلدية المهنية وحدها تؤلف نصف الأسباب المؤدية إلى
تعطل الأعمال وما ينجم عنها من خسائر مادية، توليها

ج- علاقتها بالناحية الجمالية: لا يخفى ما للأمراض الجلدية - وخاصة ما بدا منها في الأماكن المكشوفة - من تأثير بالغ ووقع مقلق في نفس المصابين أو المصابات بها، وقد أصبحت الناحية الجمالية سائدة في هذا العصر، يذكيها إعلامها التجاري المتدفق بما يحمله من صدق المعلومات وباطلها، حتى غدت الإصابات الجلدية مهما صغر شأنها مقلقة للنفس ومثيرة للياس وتودي بصاحبها وصاحباتها أحياناً إلى مداخلات ضارة بصحة الجلد وسلامته ومستقبله.

## ثانياً- بنية الجلد ووظائفه:

تتطلب دراسة الأمراض الجلدية الإحاطة بصفات الجلد ومعرفة بنيته ولواحقه وإدراك وظائفه المهمة في العضوية وما قد يعتريها من اعتلال أو قصور. وهذه الدراسة واجبة للتمكّن من تشخيص الأمراض الجلدية وتشخيصها التفريقي، فلا يمكن تفهم الأمراض الفقاعية مثلاً من دون معرفة بنية البشرة والموصل البشروي الأدمي معرفة دقيقة.

الجلد هو أحد الأعضاء الكبيرة في الجسم ولربما كان أكبرها، يغلف الجلد الجسم بأكمله ويحميه، ويشكل صلة الوصل بينه وبين الوسط الخارجي. وفيما يلي أهم صفات الجلد في البالغين:

١- وزن الجلد: يبلغ ، كغ وقد يصل وزنه إلى ١٦٪ من وزن الجسم.

- ٢- مساحة الجلد: هي ما بين ٦,١-٢م١.
- ٣- سماكة الجلد: ١,١ ملم في الجفن وتتجاوز ٤ملم في الراحتين والأخمصين.
- ٤- تختلف ألوائه بحسب العروق وتتبدل في الحالات المرضية ويتأثير العوامل الخارجية.
- ه- سطحه مستو تتخلله خطوط وأسرة، كما تنفتح عليه
   المسام العرقية الدقيقة وفويهات الجريبات الشعرية الزهمية.
- قوامه مرن وممتلئ، تغيره السن والتبدلات الصحية الداخلية والعوامل الخارجية.
- ٧- ثلجك ثواحق هي: الأشعار والأظفار والغدد العرقية
   والزهمية.

٨- وتبقى المقولة عن الجلد سائدة: (لا بديل للجلد بعد،
 ولا تستقيم حياة من دون جلد).

وعسى أن تعيض الخلايا الجذعية ومثيلاتها مستقبلاً ما يفقد منه.

#### بنية الجلد:

يتآلف الجلد (الشكل) من ثلاث طبقات رئيسة متطابقة يتصل بعضها ببعض اتصالاً وثيقاً، وهي بدءاً من السطح الخارجي إلى الداخل: البشرة epidermis، الأدمة dermis، ويقع الطبقة الشحمية تحت الجلد subcutaneous fat، ويقع الموصل البشروي الأدمي dermoepidermal junction ما بين البشرة والأدمة ويصلهما بعضهما ببعض. كما يلحق بالجلد لواحقه السابق ذكرها.

وتُقصر بعض المُؤلفات الجلدية بنية الجلد على الطبقتين الأوليين وتعدّهما الجلد الحقيقي، أما الطبقة الثالثة فينظر إليها أنها أنسجة ضامة داعمة خازنة للشحوم.

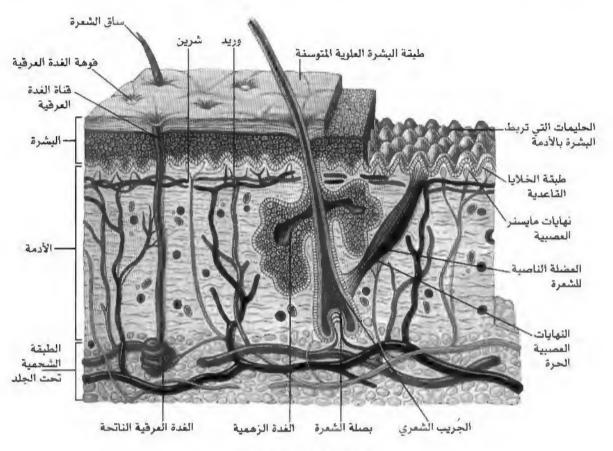
#### ١- اليشرة:

هي الطبقة السطحية الخارجية من الجلد، تتألف من

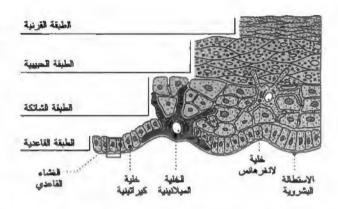
كتلة خلوية مهمة، وهي خالية من الأوعية الدموية وتشعباتها. تنشأ في الحياة الجنيئية من الأديم الظاهر.

تتألف خلايا البشرة (الشكل) من الخلايا التالية:

- الخلايا المقرنة (الكيراتينية) keratinocytes: وتؤلف نحو ٥٨٪ من خلايا البشرة.
- الخلايا الميلائينية melanocytes: وتؤاف نحو ۱۰% من خلايا البشرة.
- خلايا النفرهانس langerhans cells: وتؤلف نحوه// من خلايا البشرة.
- خلايا مركل merkel cells: وأعدادها قليلة في البشرة.
  أ- الخلايا المقرئة، تتوضع الخلايا المقرئة مرصوفة متطابقة بعضها فوق بعض، مشكلة أربع طبقات متميزة تضم فيما بينها خلايا البشرة الأخرى، وطبقات البشرة الأربع (الشكل ٣) هي التالية بدءاً من الشاعدة ومتدرجة إلى الأعلى:
- الطبقة القاعدية: تشكل صفاً خلوياً واحداً من الخلايا
   المقرنة القاعدية الأم، وتوجد بينها الخلايا الميلانينية وبعض



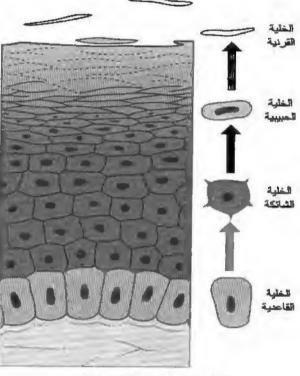
الشكل (١) بنية الجلد العامة



الشكل (٢) طبقات البشرة وخلاياها

خلايا مركل ويعض خلايا لانفرهانس.

- الطبقة الشائكة، تتألف من بضعة صفوف من الخلايا
   المقرنة الابنة، يرتبط بعضها ببعض بجسيمات تبدو
   كالأشواك، وتضم فيما بينها معظم خلايا لانغرهانس.
- الطبقة الحبيبية: وتحوي خلاياها المقرنة حبيبات الكيراتوهيالين ومنها بروتين الفلاغرين الذي يؤدي إلى تكتل خيوط الكيراتين. كما يؤدي تدركه (الفلاغرين) في النهاية إلى أحماض أمينية تؤثر في المحافظة على رطوبة الطبقة القرنية وترابط خلاياها.
- الطبقة القرئية horny layer: تحوي خلايا قرنية comeocytes



الشكل (٣) تطور خلايا البشرة المقرنة

بعض كالقرميد وتتوسف بشكل غير مرئي. أما أهميتها فبالغة في وظيفة الجلد الدفاعية.

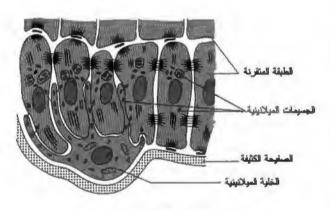
وتشاهد طبقة خامسة في بشرة الراحتين والأخمصين فقط تدعى الطبقة النيرة، تقع بين الطبقة الشائكة والطبقة القرنية وتأخذ خلاياها شكلاً نيراً.

تبدي الدراسات الحركية kinetic أن الخلية القاعدية الأم الأخذة بالانقسام تتم الانتساخ بزمن يبلغ متوسطه ٢٠٠-٠٠٤ ساعة، وأن الخلايا الابنة الناتجة تتطلب ١٤ يوماً لتبلغ الطبقة القرنية، كما تتطلب ١٤ يوماً أخرى لتنظرح، ويختلف زمن هذا النضج الخلوي في حالات اضطراب التقرن فيكون أقصر في الصدفية مثلاً.

ب- الخلايا الميلانيتية، تنشأ في الحياة الجنينية من القنزعة العصبية، وتهاجر إلى البشرة حيث تتوضع في الطبقة القاعدية بين الخلايا القاعدية المقرنة بشكل خلايا غصينية؛ مشكلة مع مجموعة من الخلايا القاعدية والشائكة ما يسمى ب"الوحدة الميلانيتية البشروية" (الشكلة)، وتكون نسبة خلاياها في هذه الوحدة بمعدل خلية ميلانينية واحدة لكل ٣٦ خلية مقرنة. ولا تختلف أعداد الخلايا الميلانينية باختلاف العروق أو اختلاف لون الجلد، وإنما يكون الاختلاف في أحجام (الملانورومات melanosomes) وانتشارها في تلك الخلايا وفي نشاط خميرة التيروزيناز المساهمة في صنع الملانين.

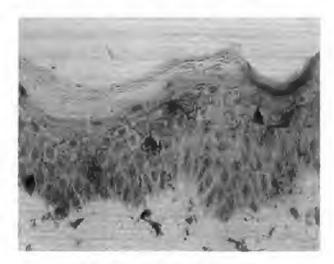
تصنع الخلايا الميلانينية الصباغ الجلدي (الميلانين) الواقي من أذى الإشعاعات، وينشط صنعه بتأثير الإشعاعات الضوئية ويتأثيرات التهابية مرافقة ويتأثيرات آلية موضعية كالدلك والاحتكاك.

ج- خلايا لانفرهانس؛ تنشأ جنينياً من نقي العظام، وهي خلايا غصينية الشكل أيضاً، وتأخذ شكلاً مميزاً بالجهر



الشكل (٤) الوحدة الميلانينية البشروية

الإلكتروني باحتوائها على عضيات هيولية خاصة تعرف بحبيبات بيريك Birbeck granules، تنتشر خلايا لانغرهانس بين خلايا البشرة، ويوجد نحو ٨٠٠ خلية لانغرهانس في المليمتر المربع من جلد الإنسان (الشكل ٥).



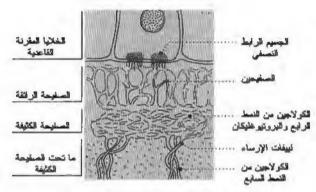
(الشكل ٥) خلايا لانغرهانس في البشرة

لخلايا لانغرهانس وظيفة دهاعية مناعية مهمة في الجلد: إذ تعمل على تهيئة المستضدات وتقديمها للخلايا اللمفية التائية، ولها دور أساسي في الآلية المناعية لبعض الحالات المرضية الجلدية (كالتهاب الجلد التأتيبي وحالات رفض الطعم).

4- خلايا مركل: هي خلايا شبيهة بالخلايا المقرنة وهي غير غصيتية، قليلة العدد في الحالات العادية، توجد بين خلايا البشرة قرب الطبقة القاعدية وتبدو أكثر تجمعاً قرب الجريبات الشعرية، تحتوي في هيولاها على عضيات حبيبية تنتهي إليها غالباً لييفات عصبية انتهائية لا نخاعية ترجح علاقتها بنقل حس اللمس الدقيق. تحتوي هيولاها على حبيبات ببتيدات عصبية ولييفات عصبية وكيراتين.

#### ٢- الموصل البشروي الأدمي:

يربط الموصل البشروي الأدمي بين البشرة والأدمة، ويجعل التلاحم بينهما وثيقاً. يبدو منظره بالمجهر الضوئي كخط رفيع متعرج يفصل ما بين البشرة والأدمة، أما بنيته المستدقة فترى بالمجهر الإلكتروني مؤلفة من جزء بشروي قاعدي يمتد منه شق الجسيمات الرابطة؛ ومن جزء أدمي فيه ألياف مفرائية ولييفات إرساء. وتتشكل ما بين هذين الجزاين صفيحة صافية أقرب إلى البشرة، وصفيحة أخرى كثيفة أقرب إلى الأدمة تتثبت فيها الأجسام الرابطة، ويبدي (الشكل ٢) رسماً توضيحياً لهذا الموصل.



الشكل (٦) رسم توضيحي للموصل البشروي الأدمي

وظيفة الموصل البشروي الأدمي هي تحقيق الترابط، والاندماج ما بين البشرة والأدمة، وتنظيم انتقال السوائل المغنية والخلايا بينها، والعمل كحاجز تصفية نصف نضوذ، كما أن له شأناً في التئام الجروح الجلدية ومكانة رئيسة في الأليات الإمراضية لبعض الأمراض الفقاعية (كما في الفقاع الفقاعاني وفي انحلال الجلد الفقاعي).

#### 7-18:45:

تقع الأدمة تحت البشرة، ويصلها بها الموصل البشروي الأدمي، ويختلف ثخنها باختلاف مناطق الجلد فهي رقيقة في الأجفان وثخيئة في جلد الظهر ويتجاوز ثخنها فيه ٣- عُملم، تتألف الأدمة من جزاين هما:

 أ- الأدمة الحليمية: تشكل الجزء العلوي من الأدمة ولها استطالات تتطاول داخل البشرة التي فوقها كأصابع القفاز، وتدعى بالحليمات الأدمية.

ب-الأدمة الشبكية، وهي الجزء السفلي من الأدمة وتؤلف القسم الأكبر منها (الشكل ٧). وتتألف بنية الأدمة الأساسية من ألياف مغرائية (الكلاجين) وتؤلف ٧٠٪ من مكوناتها وتخالطها ألياف مرئة وشبكية مختلفة، يضاف إليها المادة الخلالية وتتألف من عديدات السكاريد المخاطية وبروتينات هيولية وشوارد.

توجد في الأدمة خلايا متعددة أهمها: مصورات الليف والبالعات والخلايا البدينة والناسجات والخلايا اللمضية وغيرها.

أما نسيج الأدمة فليفي ومتماسك تتخلله الأوعية الدموية واللمفية التي تمد الجلد بالعناصر المغذية وتنجده بالخلايا اللازمة في حال احتياجها، كما تشارك أوعيته الدموية في تنظيم حرارة الجسم، وتنتشر في الأدمة الألياف العصبية والنهايات العصبية الحرة والجسيمات العصبية، وتوجد فيها معظم مراكز الإحساسات الجلدية المتعلقة باللمس والحرارة والألم والضغط، وتشاهد النهايات



الشكل (٧) الأدمة والطبقة الشحمية تحت الجلد

المصيبة الحسية الحرة في الأدمة قرب الموصل البشروي الأدمي وقد يتصل بعضها بخلايا مركل في البشرة. كما توجد في الأدمة مستقبلات متخصصة كجسيمات باسيني لتلقي إحساسات الضغط والاهتزاز، وجسيمات مايستر لإحساسات اللمس ويتوضع معظمها في أدمة الراحتين. وتختلف كتافة النهايات العصبية بحسب الأمكنة فهي أكثر انتشاراً في الأنامل والوجه والتواحي التناسلية. كما تحوي الأدمة أيضاً الألياف المصبية الناتية التحريلك التي تعصب الأوعية الدموية والفدد المرقية والعضلات الناصبة للأشعار.

# الطبقة الشحمية تحت الجلد: وتدعى بالسبلة الشحمية أيضاً (الشكل). تتألف من

نسيج ضام رخو وخلايا شحمية تتوضع بشكل فصيصات يجتمع بعضها إلى بعض، وتفصل فيما بينها شرائح من النسيج الضام تتخللها الأوعية والأعصاب. يختلف ثخن هذه الطبقة أيضاً باختلاف المناطق فتبلغ في ناحية البطن تحو السم، وتعد عازلاً حرورياً يساعد على حفظ حرارة الجسم؛ ومخزناً للطاقة لما تختزنه من سعيرات.

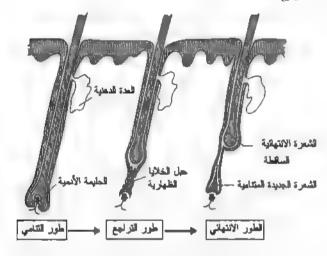
وتتصف هذه الطبقة بخاصة امتصاصها للرضوح والصدمات الخارجية التي تطرأ على الجلد؛ ويدعمها الجلد وربطه مع لحافات وصفق العضلات الواقعة تحتها.

#### ٥- ملحقات الجلد:

يقتصر البحث هنا على ذكر يعض خصائصهاه

أ- الأشهار؛ توجد الأشعار بشكليها الانتهائي والويري في جميع أنحاء الجلد ما عدا الراحتين والأخمصين والحشفة وباطن الشفرين، وللأشعار أهمية صحية في الوقاية والحماية من الإشعاعات والأذيات الخارجية ولا يخفى ما لها من مكانة جمائية وجنسية، تنمو الأشعار بشكل دوري، ولكل شعرة دور يمر بثلاثة أطوار (الشكل ٨).

أطوار النمو في أشعار الرأس (الجدول (١): يبلغ معدل نمو الشعرة يومياً: ٢٠٠ ملم (نحو ١سم في الشهر).

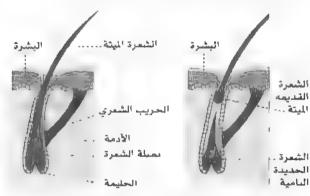


الشكل (٨) أطوار نمو الشعرة

نسبة شموله (وسطياً)	مدته (وسطياً)	الطور
٨٠٠٠٨٪ من الأشعار	٣– ٧ سنوات	طور النمو والتوليد
١٠- ٢٠ من الأشعار	۲ – ۴ شهور	طور التوقف والراحة
يتساقط ١٠٠٠٥٠ شعرة يومياً	بضعة أسابيع	طور التراجع والانطراح
الجدول (١) أطوار النمو في أشمار الرأس		

ومعدل نمو الشعرة في كأمل دورتها: ٧٧سم.

ويقدر متوسط عدد الأشعار في الرأس ب: ٢٠٠٠ شعرة.
ويتم نمو الأشعار وتساقطها (الشكل ٩) بشكل إفرادي
أيضاً، فلكل شعرة دورة نمو خاصة لا يشترط تزامنها مع
جوارها في الوقت: إلا في حالات مرضية وحالات شدة أو
حالات علاجية، كما في الأدوية السامة للخلايا إذ يحدث
تساقط عام شامل، ويتأثر نمو الأشعار بالهرمونات وخاصة
الجنسية منها وياضطراب التغذية وعوامل أخرى.

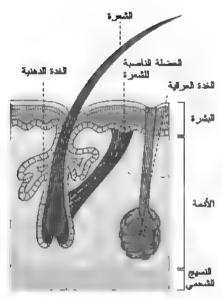


الشكل (٩) تساقط الشمرة ونمو الشعرة الحديدة

ب- الفند العرقية: تتوضع الفند العرقية في الأدمة، (الشكل،۱) وتخترق قنواتها اللولبية البشرة وتطرح العرق من مساماتها على سطح الجلد. وللغدد العرقية لوعان:

• الفند العرقية الناتحة eccrine: توجد في مختلف انحاء الجسم وتتكاثر في الراحتين والأخمصين والإبطين والوجه، وتنشط بالتأثيرات الحرورية والانفعالات النفسية والعوامل الغذائية (الأطعمة الحارة)، وتعصبها الياف من أعصاب الجملة الودية الكولينرجية الفعل.

يحتوي العرق على كلور الصوديوم وكلور البوتاسيوم والبولة والنشادر وياهاؤه PH4-6.8 وينظرح من العرق يومياً ما مقداره هر البتر في حده الأدنى ونحو ١٠ ليترات في حده الأقصى.

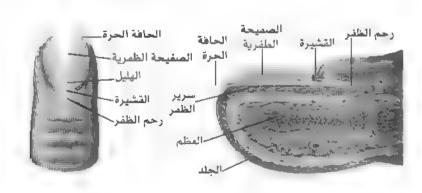


الشكل (١٠) العدد العرقية والزهمية في الجلد

• الغده العرقية المفترزة apocrine: وإفرازها العرقي مختلط بانفراز خلايا الغدة الزهمية، وتنشط بعد سن البلوغ لارتباطها بالهرمونات الجنسية، وتتميز بانضتاح قنواتها داخل الجريب الشعري الزهمي، ويوجودها في الإبطين وحول هالة الشدي وفي ناحية العجان. ويعتقد أن هذه الغدد تمثل بقايا الخلايا الجنسية ذات الرائحة الخاصة الموجودة في الشدييات، ونها رائحة جسدية خاصة؛ إلا أن الرائحة غير المستحبة التي ترافق عرقها في بعض الحالات، إنما تنجم عن فعل الجراثيم المساركة في تلك الأنحاء.

ج-الفند الزهمية؛ وترافق الأشعار (الشكل ١٠) ولذا توجد في جميع أنحاء الجلد عدا الراحتين والأخمصين، وتنفتح قنواتها داخل الجريب الشعري في ثلثه العلوي مشكلة معه الجريب الشعري الزهمي. تنشط الغدد الزهمية مع البلوغ بتأثير الأندروجينات وتسهم في ترطيب الجلد وطراوته وحمايته، ولها خاصة مقاومة للمو بعض أنواع الفطور.

د-الأظفار: تتكون من القراتين وهو من نوع أقسى من



الشكل(۱۱)
 تركيب الظفر

قراتين الأشعار والبشرة، وتصنعه خلايا تشبه الخلايا القاعدية الأم في البشرة تعرف بأم الظفر. تنشط باستمرار مكونة صفيحة الظفر (الشكل ۱۱). ويقدر معدل نمو الظفر في أصابع اليدين بنحو ۱٫۰ ملم في اليوم وأقل من ذلك في أظفار أباخس القدم. أما سماكة الظفر في الحالات الطبيعية في ما بين ۲٫۰ – ۲۰,۰ ملم.

تحمي الأظفار رؤوس الأنامل ونقل حس اللمس فيها وتساعد على الإمساك بالأشياء.

#### وظالف الجلد:

يقوم الجلد بوظائف حيوية أساسية يؤديها بسكينة وديمومة، وقلُ أن تولى مكانته قدرها إلا بعد افتقادها أو اضطرابها مرضياً أو وراثياً أو صنعياً. يأتي في طليعة هذه الوظائف وظيفة الجلد الدفاعية المناعية والحفاظ على الاستتباب homeostasis في الجسم، ولذلك دعي الجلد بخط الدفاع الأول في الجسم، ودعي الجلد أيضاً بعضو الاتصالات ليقظته الدائمة ونقله الإحساسات والتبدلات التي تقع في الوسط الخارجي المحيط بالجسم إلى أجهزته الداخلية المسؤولة. ووظيفة ثالثة مهمة هي تنظيم الحرارة في الجسم لما لها من تأثير فعال في تفاعلات الجسم الحيوية داخل العضوية.

وللجلد وظائف أخرى يوجزها جميعها الجدول رقم ٢.

يضاف إلى ما تقدم ذكره أن الجلد مرآة للروح والنفس، كما هو مرآة لما يكون عليه الجسم من صحة أو علة، يعبّر الجلد بأساريره عن مشاعر الراحة والتعب وعن المحبة والبغضاء وعن الشجاعة والخوف وغير ذلك من المشاعر بأبلغ مما يفصح به اللسان.

#### وقيما يلى إيضاحات ثبعض وظائف الجلد:

ا- التقرن وحماية العضوية، تشكل الطبقة القرنية حاجزاً يحول دون نفوذ كثير من عوامل الأذيات الخارجية إلى الجسم، ويحول مع بقية طبقات البشرة دون ضياع السوائل الخلالية الداخلية ومرورها إلى الخارج، ويشكل القراتين المادة الأساسية العازلة والمقاومة في هذه الطبقة، القراتين المادة الأساسية، العازلة والمقاومة في هذه الطبقة، ويعن تشكل القراتين من وظائف الخلايا المقرنة الأساسية، الحلالات المشرة الفقاعية، والقراتين مادة بروتينية ليفية الحلالات المشرة الفقاعية، والقراتين مادة بروتينية ليفية تجعلها متينة ومرنة ومقاومة للتمزق، وهي لا تنحل في تجعلها متينة ومرنة ومقاومة للتمزق، وهي لا تنحل في وتناقص مرونتها في حال تجفافها. تتوضع الخلايا القرنية بشكل متطابق ومتراكب وتتضرج بالإفرازات الزهمية والعرقية وبما قد تحويه من مواد استقلابية ويولة وحموض شحمية، كما تختلط بها بعض خلاياها المتوسفة والنظرحة،

البنية ذات المارقة بها	الوظيشة
	- الحماية والوقاية والدفاع:
الطبقة القرنية	● تجاه المؤثرات الآلية والكيميائية
الخلايا الميلانينية	● تجاه العوامل الإشعاعية المؤذية
الطبقات المتقرنة وخلايا لانغرهانس	• تجاه الجراثيم والعوامل المرضة
خلايا لانغرهانس والخلايا اللمفية التائية	♦ تجاه المستضدات والنواشب
الطبقة القرنية وطبقات البشرة الأخرى	- الحفاظ على توازن الوسط الداخلي ومنع تسرب السوائل والكهارل
الأوعية الدموية في الأدمة والغدد العرقية الناتحة	- تنظيم الحرارة
النهايات العصبية والأجسام العصبية المتنوعة	- نقل الإحساسات المختلفة
الأدمة وطبقة ما تحت الأدمة	- امتصاص الصدمات والمرونة الجلدية
الخلايا المقرنة والأدمة	- تركيب الفيتامي <i>ن</i> D3
الطبقة الشحمية تحت الأدمة	- العزل الحروري وخزن الطاقة
البشرة والأشعار والأظفار	- التأثيرات الجمالية والجنسية
البشرة والأدمة	- التأثيرات النفسية والانفعالية
الغدد العرقية المفترزة	» الرائحة الجسدية الخاصة
	(الجدول ٢) وظالف الجد

وينجم عن ذلك طلاء دسم على سطح الجلد يمنح الجلد طراوة ونعومة، وهو ذو تفاعل حمضي لا يتلاءم مع نمو كثير من الجراثيم والفطور. ويساعد توسف الخلايا القرنية وانطراحها المستمر وتركيب الخلايا المقرنة المتطابق على إعاقة نفوذ الجراثيم والفطور ودفعها خارجاً والحؤول دون اختراقها الجلد، على أن هذا لا يمنع دخول بعض المواد كالفازات وبعض المركبات المتحلة في الزهم إلى داخل الجلد.

٧- الحماية من الإشعاعات: تقوم الخلايا الميلانينية المتوضعة في الطبقة القاعدية للبشرة وفي الجريبات الشعرية بتشكيل الميلانين، وهو الصباغ الجلدي الذي يمتص ويخفف من تأثير الإشعاع فوق البنفسجي ومن دونه يتعرض الجلد للحروق الضيائية ولتسرطن الجلد. تنشر الخلايا الميلانينية الملانوزومات - وهي عضيّات دقيقة تحمل الميلانين بشكل غطاء فوق نوى الخلايا المتقرنة لحمايتها والإقلال من تأثير الإشعاع فيها.

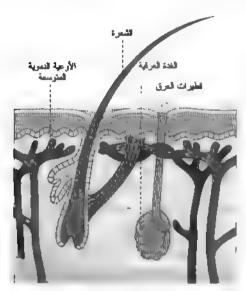
وعرف للجلد ستة انماط ظاهرية phenotypes I-VI تحدث في الأوائل منها عند تعرضها المديد للشمس حروق شمسية متدرجة الشدة ولا تترك دبخاً (اسمراراً) دائماً، وتكون الأنماط الأخيرة عديمة الحروق الشمسية عادة والجلد فيها معتدل اللون قابل للديغ أو مصطبغ دوماً.

٣- الحماية من الجراثيم والستخدات والنواشية تقوم خلايا الانغرهانس الموجودة في البشرة بدور رئيس في هذه الوظيفة كما تقدم ذكره، وتُعد هذه الخلايا الحرس الأمامي المتقدم في الجهاز المناعي الخلوي. وتقوم بمثل هذه المهمة خلايا أخرى منها الخلايا اللمفية التأثية والخلايا البديئة. كذلك تقوم خلايا البشرة المتقرنة بتكوين السيتوكينات والبروستاغلاندينات.

4- نقل الإحساسات: يتلقى الجلد المؤثرات الخارجية وينقلها بوساطة النهايات العصبية الحرة المنتشرة في جميع مناطق الأدمة إلى الجملة العصبية المركزية، وكذلك تنقل المستقبلات الحسية والألياف العصبية الخاصة الإحساسات المختلفة كحس الألم والحكة والحرارة والبرودة وحس اللمس والضغط، وتقع جميع أجسام الخلايا العصبية في عقد الجنور الخلفية.

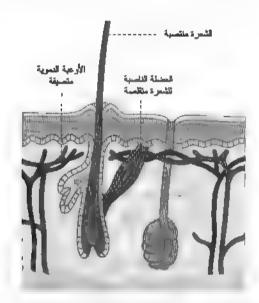
8-تنظيم الحرارة، يشارك الجلد في تنظيم حرارة الجسم، سواء في الحالات المرضية أم في حالات اختلاف الحرارة الجوية، وإن الحفاظ على حرارة ثابتة في الجسم أمر مهم للتفاعلات الكيميائية الحيوية في داخله، ففي حال ارتفاع الحرارة تنشط الدورة الدموية السطحية في الأدمة بتوسع

الأوعية الدموية (الشكل ١٣) وتنطرح الحرارة بالإشعاع ويزداد التعرق بنشاط الفدد العرقية ويؤدي تبخره على سطح الجلد إلى إحداث البرودة.



الشكل (١٧) عند ارتفاع حرارة الجسم تتوسع الأوعية وتطرح الحرارة بالإشعاع والتعرق

وفي حال انخفاض الحرارة يحدث تقبض في شبكات الأوعية الدموية الجلدية، ويتجمع الدم في الأحشاء الداخلية محافظاً على حرارتها (الشكل١٣) ويتم تنظيه الحرارة بسيطرة الأعصاب الودية على الجملة الوعائية الدموية في الجلد وعلى الغدد العرقية وإفرازها للعرق.



الشكل (١٣) عند انخفاض حرارة الجسم تتقبض الأوعية الدموية السطحية وتقف الأشعار

7- تركيب الفيتامين ،D، يشارك الجلد أيضاً في تركيب الفيتامين ،D ويتم ذلك التركيب بتأثير أشعة الشمس في الخلايا المقرنة البشروية، ويستمر في خلايا الأدمة وتكتمل ألية تركيبه في الكلية حيث يتم تشكل الفيتامين ،D العامل المهم في استقلاب الكلسيوم وتثبيته في العظام، وفي حال الحرمان من الشمس أو في حال وجود اضطرابات في الكلية يمكن حدوث عوز الفيتامين د وحدوث اضطراب العظام العروف بالرخد rickets.

#### صحة الحلده

تقوم العناية بصحة الجلد بالحفاظ على وظائفه الطبيعية سليمة بعيدة عن التأذي والإخلال بنظامها. وإن كثيراً من العادات والأفكار والأزياء السائدة في هذا العصر يتعارض مع صحة الجلد. فديغ tanning الجلد المتكرر بالشمس أو بأجهزة الأشعة فوق البنضسجية يعرض الجلد للحروق وللشيخوخة الباكرة وللسرطانات الجلدية المتأخرة. وكثرة استعمالات الكيميائيات كالمنظفات دون حماية المجلد في المهن اليدوية وفي المنازل – قد زاد كشيراً من شكايات الالتهابات الجلدية المتحسسية والتخريشية، والإفراط في استعمال المزوقات cosmetics والإساءة بتطبيق المستحضرات الجلد وشعرانيته وشيخوخته.

كما أن لكثير من الأزياء غير المريحة في الألبسة والأحدية تأثيرات ضارة، وما كان منها من نسيج تركيبي صناعي قد يكون محسساً، وما كان نسيجه قاسياً وضيقاً فإنه يخرش الجلد ويزيد في نشر ما قد يحل به من التهابات وأخماج لا توقفها الصادات والمعالجات الخارجية، وما كان منها مكشوفاً واسعاً فقد يزيد من تعرض الجلد للحساسية الضوئية والمعا فقد يزيد من تعرض الجلد للحساسية الضوئية من وقايته وحفظه. وأكثر ما يتطلب الجلد لصحته هو غسله بالماء والصابون المتدل أو بما يمائله غسلاً معتدلاً من دون باختلاف المهن والإقليم والضحول والسن والوراثة، وتجب باختلاف المهن والإقليم والضحية المناسبة في حالات جفاف الأستعانة بالمطريات الصحية المناسبة في حالات جفاف الأيدي البشرة في الأطفال وريات البيوت، وفي حالات جفاف الأيدي

# الأليات الإمراضية في الأمراض الجلدية:

توضّحت الأليات الإمراضية في كثير من الأمراض كانت قبلاً غامضة أو مجهولة الآلية؛ وذلك بفضل تقدم العلوم الطبية الأساسية وتوسعها في العقود الأخيرة توسعاً مذهلاً.

وتتناول الآليات الإمراضية مجالات مختلفة من البحوث، لعل أكثرها أهمية في الأمراض الجلدية هي التالية:

#### ١- الألبات المناعبة:

تقدمت الإشارة إلى إسهام الجلد في الأبحاث المناعية اسهاماً جلياً، مشاركة وفعالية، وقد ساعد على ذلك أمران أساسيان: الأول يعود إلى احتواء الجلد الطبيعي على معظم عناصر المناعة الخلوية باستثناء الخلايا البائية B cells والثاني كون الجلد عضواً قريب المنال، سهل التناول، وواضح الرؤية لنتائج الاختبارات المستخدمة فيه.

 الخلايا المناهية في الجلد، وقد تقدم ذكرها في بحث بنية الجلد وتشمل:

• خلايا لانفرهانس؛ تشكل شبكة مهمة في البشرة (الشكل») تتعرف على الستضدات وتعمل على تحضيرها وتقديمها للخلايا التائية وعلى تفعيل هذه الخلايا، وهي تفرز الأنترلكين وعامل النخر الورمي والإيكوسانوئيد وicosanoid، وهذه وسائط التهابية لانوعية.

• الخلايا البدينة: هي من الخلايا المقيمة في الأدمة مع البالعات الكبيرة وكلتاهما تهرعان إلى النواحي الالتهابية في الجلد حين حدوثها. وتحتوي الخلايا البدينة على محركات وعائية وعوامل انجذاب مؤثرة في النمط المباشر من التفاعلات المناعية مطلقة الهيستامين والهيبارين والإيكوسانوئيد.

الخلايا التائية: لها انجذاب خاص ومشاركة في التفاعلات المناعية الجلدية مثل النمط الأجل (كما في أكزما التماس الأرجية). تجوب هذه الخلايا أرجاء الجلد ولها أنماط عدة منها: المؤازرة والكابئة والمسممة للخلايا وخلايا التحساس الأجل، وتطلق الأنترلكين والأنترفرون.

• الخلايا المتقرنة: تعد مثالاً للمناعة الخلقية أو المتأصلة innate بتركيبها المقاوم الذي يحول دون دخول السواصل الممرضة التي تكون بتماس الجلد، كما أنها تسهم في إنتاج السيتوكينات Sytokines وهي جزيئات قابلة للانحلال تتواسط التفاعلات بين الخلايا وخاصة الأنترلكين أ في إجراد جزيئات تفاعل مناعية على سطح خلاياها، وفي إفراز عوامل النمو والأنترفرون وعامل النخر الورمي.

ب- التفاعلات المناهية: وتشمل تفاعلات فرط التحسس ويُعنى بها الاستجابات المناعية المفرطة أو غير الملائمة التالية لوجود مستضد: والمؤدية عادة إلى حالة مرضية أو أذية نسيجية.

ومن المتعارف عليه تصنيف تفاعلات فرط التحسس في

مثال ٹھا	الوسائط mediators	اسم النمط	النمط
الشرى	IgE ، الهيستامين	التآقي / العاجل	التهط
الداء الفقاعاني الفقاعي	التممة، IgG ، IgM	المسمم للخلايا	النوط II
الالتهابات الوعائية	IgM ، 1gG	تواسط بالعقدات المناعية	التمعك [[[
التهاب الجلد التماسي الأرجي	الخلايا التائية، اللمفوكينات	التحساس الأجل (المتواسط بالخلايا)	التممث IV
الجدول (٣) تمنيف تفاعلات فرط التحسس			

أربعة أنماط رئيسة كما في الجدول (٣).

ج-المتمهة complement: هي مجموعة بروتينات مصلية معقدة (إنزيمات) تؤدي دوراً مهماً هي الحالات الالتهابية، وفي حال تفعيلها - كما في المقدات الضدية - المستضدية - تنشط عناصر الجهاز المناعي مؤدية إلى انطلاق وسائط الالتهاب وإلى انحلال الخلايا.

يؤدي العوز في عناصر المتممة إلى حدوث تظاهرات جلدية مرضية منها أعراض تبدو في متلازمات المناعة الذاتية. كما أن مثبطات المتممة تعمل على الاستتباب وعلى منع التقعيل في غير محله، وفي حال عوزها أو فقدانها -كما في فقدان مثبط الاستراز Cl الولادي مثلاً - فإنها تؤدي إلى إحداث الوذمة الوعائية الوراثية الخطرة أحياناً.

#### ٧- الآلية الإمراضية في الأخماج:

يتعرض الجلد لغزو العضويات المرضة التي تأتيه عبر طريقين: الأول الطريق الخارجي وهو الطريق الشائع لعظم الأخماج الجلدية الجرثومية والفطرية ونحوها، والثاني عبر الطريق الداخلي (كالطريق التنفسي في الأخماج الفيروسية الطفحية مثلاً). يكافح الجلد الغزو الخارجي بوسائل مختلفة منها التفاعلات المناعية وتقدم ذكرها، ومنها المناعة الذاتية في بنية البشرة المشار إليها سابقاً، ومنها التبيت الجلدي الطبيعي.

النبيت الجلدي الطبيعي normal skin flora: يتوضع على سطح الجلد وهو احد مكونات طلاء الجلد الخارجي، ويتألف من جراثيم وخمائر غير ممرضة في الأحوال الطبيعية، تنافس العضويات المرضة وتزاحمها في وجودها وتشكل أحياناً صادات مضادة لها. ويضم هذا النبيت مكورات هوائية كالعنقوديات البشروية -التي تتكاثر في طيّات الجلد وثناياه- وكذلك الخناقات اللاهوائية كالجراثيم البروييونية المدّية وتتكاثر في الجريبات الزهمية الشهرية، ومنها الوبيغاء الدويرية ولها شأن في التهابات الجلد الزهمية.

وأهم الأخماج الجلدية الشائعة هي التالية:

ا-الأخماج الجرثومية، وينجم معظمها عن نوعين؛ النوع الأول هو المتقوديات النهبية وتوجد عادة بشكل مستعمرات على سطح الجلد، وتنفذ من خلال فويهات الجريبات الشعرية الزهمية (كالدمل) أو بسبب إضعاف مباشر للبشرة (كالموباء المعدية)، وتحدث بسبب ذلك تفاعلات التهابية تترافق وحالات انجذاب كيميائي chemotactic يجذب العدلات ويشكل المقيح، كما تسهم إنزيمات في تلك الاستجابات الالتهابية، وتطلق بعض العنقوديات ذيفاناً لمنازياً البشرة (كما في انحلال الجلد العنقودي).

والنوع الثاني: هو العقديات وإن زمرة A منها لا تستعمر الجلد مباشرة كالعنقوديات ولكنها تنفذ من جلد مؤوف، وتتميز بإطلاق إنزيمات حالة للبروتين proteolytic enzymes تفكك العناصر الأدمية وتؤدي إلى الأخماج الجلدية كما في التهابات الهلل cellulitis.

به الأخماج القيروسية، ينجم معظمها عن الأنواع الثلاثة للشيروسات من عائلة الدنيا DNA (الحلثية والجدرية والحليمومية)، وأخماجها تنفذ عادة عبر الجلد باستثناء شيروسات الحماق- الحلأ النطاقي التي تدخل في الأصل عبر الطريق التنفسي، ويختلف تأثير الشيروسات في الجلد فالحلثية تخرب الخلايا البشروية مشكلة حويصلات (كالحلأ البسيط)، والحليمومية تحدث فرط تنم بشروي ورمي الشكل (كالثآليل)، ومنها ما يعد مسرطناً (كما سيأتي في بحث التنشؤات الورمية)، ومنها ما يعد مسرطناً (كما سيأتي في بحث الخلايا (كإصابة اللمفيات المؤازرة في متلازمة عوز المناعة المكتسب).

وللحال المناعية التي يكون عليها الثوي شأن كبير في تقبل الإصابات الفيروسية وانتشارها أو تمنيعها.

إلا خماج القطرية: تعود الأخماج القطرية الجلدية الشائعة في الإنسان بمنشئها إلى الفطور السطحية (وأما

العميقة فنادرة الحدوث)، وتشمل زمرتين أساسيتين هما: الفطور الجلدية (وتشكل السعفات tinea ) وهي الأكثر انتشاراً، والخمائر yeast ومنها المبيضات البيض. تحدث الفطور الجلدية في غزوها الجلد حالات التهابية يعزي معظمها إلى التفاعلات المناعية من النمط الرابع (التحسس الأجل المتواسط بالخلايا). ومن هذه القطور الجلدية ما هو من منشأ حيواني zoophilic وتكون تفاعلاته أكثر حدةً وأعراضه السريرية أشدً، وتؤدى إلى حدوث مناعة وشماء تلقائي وريما تركت آثاراً دائمة. وأما ما كان من منشأ إنساني anthrophilic فتفاعلاته أقل حدة وأبطأ سيراً وأعراضه السريرية تنبئ عن تفاعل التهابي معتدل الشدة. ويعزى الشكل السريري الدائري النابذ الذي تحدثه الأخماج بالفطور الجلدية إلى تكون مناعة محلية في الأماكن المركزية لا تثقبل عودة الخمج إليها بل تدفعه إلى الانتشار محيطياً، وقد أيدت ذلك سلبية الاختبارات الجلدية في ثلك الأماكن. كما تثبط المضرزات الزهمية التي تنشط مع البلوغ وبعده نمو المطور وانتشارها.

وأما الخمالر وأشهرها المبيضات البيض فهي توجد متعايشة ومطاعمة (مؤاكلة) دائمة ubiquitous commensal في الأغشية المخاطية، ويمكن أن تقوم بأخماج انتهازية وخاصة في حالات العوز المناعي، وهي تصيب الجلد والأظفار في حالات خاصة كازدياد رطوبة الجلد. وتؤدي إصابة البشرة إلى تشكل عناصر خيطية تعمل على تفعيل جملة المتممة بطريق السبيل البديلة alternate pathway مفضية إلى إحداث حالات التهاب احمرارية بثرية في الجلد.

٤- الأخماج الأخرى: ومنها الأخماج بالملتويات spirochaetaceae والأخماج بالمتفطرات mycobacteria وهي أخماج عير شائعة. فأخماج الملتويات كالسفلس (الإفرنجي) وداء ليم Lyme تتميز بمرورها في مراحل سريرية متعددة، كما أن للحال المناعية التي تكون عليها المضوية شأناً مهما في سيرها وأعراضها السريرية ومرورها بدور كمون طويل؛ مما يستوجب المعالجة الباكرة التامة لهذه الأخماج.

وتتميز أخماج المتفطرات بتوضعها في الأنسجة وبين الخلايا ولها غلاف سميك مقاوم للأضداد، وللمناعة الخلوية (كالناسجات) شأن أساسي فيها، وتعضي استجابتها المناعية الخلوية (لى حالة خمج مزمن يأخذ أشكالاً حبيبومية granulomatous.

#### ٣- الآلية الإمراضية في التنشؤات الورمية neoplasia:

تأتي في طليعة التنشؤات الورمية: السرطانات الجلدية وهي من أكثر الخباثات البشرية شيوعاً، وعلى الرغم من

إمكانية الكشف الباكر فيها والمعالجة الباكرة لها فإن الإحصائيات لا تزال تشير إلى خطورتها وضحاياها وخاصة في الملانومات واللمفومات.

وقد أسهمت الدراسات الجلدية الباكرة في تقديم معلومات مضيدة عن الأسباب والأثيات الإمراضية في السرطانات الجلدية، وكشفت في أوائل أبحاثها عن الأسباب الأربعة في نشوء السرطانات الجلدية وهي: الأول تأثيرات الإشعاعات فوق البنفسجية البدئية والمتأخرة في حال التعرض المديد لشمس؛ والثاني تأثيرات الأشعة السينية وكانت شائعة قبلاً وهي نادرة اليوم بفضل الوسائط الوقائية المتخذة تجاهها؛ والثالث تأثيرات العوامل الكيميائية كالقطران وهو أول كشف فلهر بإحداثه لسرطانة حرشفية الخلايا عند منظفي المداخن في إنكلترا؛ وأخيراً الرابع وهو دور القيروسات وتراطق بعض أمراضها الجلدية مع نشوء الخباثات أو أثرها في إحداثها.

وتؤثر معظم هذه العوامل بإحداث تبدلات وأذيات في DNA وRNA الخلايا وفي بروتيناتها الأخرى، وخاصة في الأفراد الهيئين جينياً للتأثر بهذه العوامل. ومن الملوم أن جيئات الخلايا الطبيعية الشرفة على تنظيم نمو الخلايا تطلق بروتينات عوامل النمو ومستقبلاتها وعناصر إشارات التنبيية transduction ومنظمات انتساخ transduction الجيئات، وفي حال اضطراب بروتينات عوامل النمو بتأثيرات العوامل السابق ذكرها أو بما يشابهها فإن الجيئات المنظمة للنمو تفقد سيطرتها على نمو الخلايا وعلى انتظام تكاثرها مؤدية إلى اضطراب تموها اضطراباً عشوائياً وتشكيل أورام منها ما هو خبيث. ويتعاظم دور الشيروسات في إحداث السرطانات الجلدية فمنها ما تأكد في التجارب على الحيوانات المخبرية، ومنها ما كشف فيروسه منذ عقود كما في داء ثدن البشرة الثؤلولي الشكل ودور شيروساته الحليمومية - وخاصة HPV-5- في التسرطن الجلدي، وكذلك ما عرف عن أشر فيروسات HPV-16 وHPV-18 في سرطانة عنق الرحم، ومثلها ما عرف عن مشاركة بعض القيروسات في للفومات الخلايا التائية الجلدية.

#### كالثاً- تَشخيص الأمراض الجلدية:

يرتكز التشخيص في الأمراض الجلدية -- كما في معظم الأمراض الأخرى - على ركنين أساسيين هما: السيرة المرضية والفحص السريري، يضاف إليهما في حال اللزوم بعض الاستقصاءات المخبرية، وتختلف الحال قليلاً في الأمراض الجلدية؛ إذ يفضل كثير من أطباء الجلد البدء بالسؤال عن الشكاية الحالية وإجراء الفحص السريرى أولاً، ثم العمل

على إثمام السيرة المرضية وتوجيه الأسئلة الهادفة؛ بعيداً عن الإفادات والتعليلات الشخصية المضللة أحياناً.

والأمراض الجلدية هي -كما سبق ذكره - امراض مرثية، يبنى التشخيص الأساسي فيها على التبدلات الجلدية المرفية وتعرف صفاتها وخصائصها، ويستكمل بالقصة المرضية متضمنة الأعراض الشخصية والسوابق المرضية. ومن الأمراض الجلدية ما تكفي فيها نظرة خبيرة واحدة لوضع التشخيص الصحيح وذلك في معظم الحالات النموذجية والثاليل للأفات الشائعة مثل السعفات الجلدية النموذجية والثاليل ونموها، ومنها ما يتطلب الضحص السريري الدقيق والاستجواب الموسع والاستعانة بفحوص مخبرية ومتابعة والاستجاب الفحص المبدية ومتابعة معلها الأصلية أو أزمنت وانتشرت أو كانت من الأمراض والتلازمات غير الشائعة، وأعدادها كثيرة لكنها قليلة الحدوث.

#### ١- السيرة المرضية:

للسيرة المرضية أهمية خاصة في وصع التشخيص والتشخيص التشخيص التفريقي والسير والإنذار للمرض الجلدي، ولا يجوز التفاضي عنها بل يجب العمل بها ولو على نحو مختصر في حال وضوح الفحص السريري، وما يبدو للفاحص من أعراض مشخصة يمكن لهذه الأعراض أن يعتريها اللبس والخطأ، وليس هذا مما يندر حدوثه.

وللعمل بالسيرة المرضية واستجواب المريض وجه آخر خفي ومهم: هو التواصل مع المريض وتعزيز الثقة بينه وبين طبيبه، وليس أسوأ ما يترك في نفس المريض الخيبة وعدم الثقة من اكتفاء الطبيب بالنظر إلى الأفة الجلدية وكتابة الوصفة العلاجية ، من دون الرجوع إلى محادثة المريض، وهذا ما قد يحدث في العيادات المزدحمة أحياناً.

وتشمل السيرة المرضية الجلدية النقاط المتعارفة التأثية:

- أ- الشكاية الحاضرة: وتنضمن معلومات عن:
- بدء الأرض ومدته ومكان بدئه وتوسعه وتطوره.
- الأعراض الشخصية: كالحكة والألم الموضع وحس الحرق والوذمة وما يرافقها من أعراض في الأغشية المحاطية وضخامة في عقد الجوار اللمفية، والأعراض العامة: كارتفاع الحرارة أو البرودة (في الأطراف).
- المعالجات السابقة: سواء الموصوفة من قبل أطباء سابقين لمعرفة تأثيراتها أو لعدم تكرارها في حال عدم جدواها: أم المعالجات الشخصية الموضعية التي غالباً ما يلجأ إليها المريض الجلدي قبل استشارة الطبيب والتي قد تبدل المعالم الأصلية للمرض الجلدي.

#### ب- السوابق المرضية: وتشمل:

- السوابق المرضية الجلدية: معاودة المرض (كحالات التأتب، الصدفية) أو حالات مرضية منفصلة: كالأخماج الطارئة.
- العادات الشخصية: كالهوايات والعادات الاجتماعية
   (كالتعرض المديد للشمس، تقرنات ضيائية) والمهنة
   (التهابات الجلد الأرجية بالتماس).
- السوابق الرضية الصاصة: كالداء السكري والربو والأمراض الجهازية وغيرها.
- السوابق العائلية: الجلدية الوراثية (كالأدواء الحرشفية والحاصة الذكرية الوراثية والتصلب الحديي).
- والإصابات العامة كالسرطانات وأمراض الغدد الصم وغيرها.
  - والأفات الطارلة في الأسرة: كالجرب والقمل.
    - ٧- القحص الجلدي السريري:

أ- فحص المريض: يتطلب فحص المريض الجلدي شروطاً عامة، كحسن الإضاءة لأهميتها في الفحص العياني وتبيّن دقائق التبدلات المرضية، وأفضل الإضاءة ما كان طبيعياً كضوء الشمس، ويمكن الاستعانة بالمكبرات الضوئية المتألقة لمرؤية دقائق المرض الجلدي كما في الحزاز المسطح. ويتطلب الفحص أيضاً الوضع المريح للطبيب الفاحص وللمريض جسمياً ونفسياً؛ للكشف عن جميع النواحي المصابة وإجراء كامل الفحوص اللارمة كفحص العقد اللمفية والأغشية المخاطية. وتحسن المراعاة المكنة لتقاليد المريض وعاداته على ألا تحلل بشروط الفحص. وتتجنب الفحوص غير المريحة كالتطلع من خلال الثياب، ولا يكتفى مطلقاً المريحة كالتطلع من خلال الثياب، ولا يكتفى مطلقاً بالوصف والتشبيه كلامياً عوضاً عن المعاينة، لما يوقعانه من أخطاء في التشخيص يظل الطبيب مسؤولاً عنها.

ب- مناطق الفحص؛ يجب أن يشمل الفحص السريري الجلدي جميع المناطق الجلدية المصابة وغير المصابة أحياناً للتأكد والمقارنة كما في الإصابات وحيدة الجانب أو القطعية وكذلك في حالات انتشار الإصابة وتوسعها أو إزمانها، لما قد يعثر عليه من اندفاعات حديثة أو نموذجية تؤكد التشخيص، وبما قد يكتشفه الطبيب من تبدلات مهمة أخرى لم يعرها الريض اهتماماً (كتحول بعض الوحمات الصباغية إلى الخبائية مشلاً). ويضاف إلى فحص الجلد دوماً: فحص الخبائية المخاطية لباطن الخد والمسان وفحص المقد المفية وفحص الأخشية أبحاطن الخد والمسان وفحص المقد اللمفية وفحص الأسريرية عامة أو جهازية تجرى للمريض الفحوص السريرية

ترسيم الانتفاع	مثال	التعريف	عتصر الاندفاع الجلدي
	نمش، نخالية مبرقشة	تيدل محصور في اللون من دون تبدل واضح في القوام	macule البقعة
WAR CONT	حزاز مسطح ، ثأليل مسطحة	ارتفاع سطحي، صلب، صغير ومحدود (اقل من ۵ ملم)	papule الحطاطة
MANAGEMENT	صدفية ذاب حمامي قرصي	ارتفاع على سطح الجلد كحطاطات مجتمعة يزيد قطره على ٥,٠ سم	plaque اللويحة
Maraa	وحمة وعائية مسطحة	بقعة واسعة مستوية مع سطح الجلد	اللطخة patch
Maria	حمامى عقدة	حطاطة واسعة مقببة وعميقة يزيد قطرها على ٥٠ سم	عقیدة nodule
MANGER	شرى	سطح ودمي مرتشح في الجلد بسبب توسع وعائي	انتبار wheal
MARIAN	الحلأ البسيط	حطاطة صغيرة تحوي سائلاً	حويصل vesicule
	الفقاع الشائع	حویصل کبیر مملوء بسائل یزید قطره علی ۰٫۰ سم	bullae فقاعة
MANA	التهاب الأجرية الشعرية	حطاطة محتواها سائل فيحي	pustule آئېشرة
	كيسة بشروية	عقيدة تحوي سائلاً أو مادة نصف صلية	eyst الكيسة
	سر الجلدية المرضية الأولية	الجدول (٤) العنام	

الداخلية ويستشار الطبيب الداخلي المختص بشأنها.

ج-عناصر الأقات الجلدية: لا تغني الدراسة النظرية مهما السعت عن المعرفة السريرية العيانية في تبين شكلياء السعت عن المعناصر المرضية الجلدية والتي دعيت (بأبجدية الأمراض الجلدية)، ويتظاهر المرض الجلدي عموماً بتبدلات جلدية مرئية تتناول اللون والقوام والشكل، ويمكن أن ترافقه أعراض شخصية وعامة. ولعل أحوج ما يتطلبه الطبيب المارس في تدبيره للأمراض الجلدية هو معرفة تلك التبدلات وتحديد عناصرها ليتوصل إلى معرفة تلك التبدلات وتحديد عناصرها ليتوصل إلى

# وفيما يلي عرض مقتضب لشكلياء هذه المناصر ومن ثمّ طراز توزعها وتوضعها:

(۱)- هكلياء العناصر المرضية الجلدية: وتشمل العناصر الأولية التي تتظاهر بها الأمراض الجلدية والعناصر

الثانوية التي قد تعقبها، يضاف إليها ذكر بعض العناصر الخاصة لأمراض جلدية خاصة، وإنّ هذا التقسيم لا يزال متبعاً في المؤلفات الجلدية الحديثة. والجدول رقم (٤) يمثل أهم العناصر الجلدية المرضية الأولية.

يضاف إلى جدول العناصر الجلدية المرضية الأولية العناصر الأولية التالية:

وذمة وعائية angioedema	الورم tumor
الكدمة ecchymosis	ورم دموي hematoma
الفرفرية purpura	cyst الكيسة
الحَبُر petechiae	الخراج abscess
erythema الحمامي	الحليموم papılloma

المناصر الجلدية الرضية الثانوية: ويمثل الجدول رقم (ه) أهم عناصرها.

ترسيم الاندفاع	مثال	التعريف	عنصر الانتقاع الجلدي
MANAGORA	جلب التقرحات القوباء المعدية	تشكلات تائية لتجفاف سوائل أو حطام خلوي	الجلبة crust
Managaman M	تسحجات أكالية	خدش او ضياع بشروي سطحي يشفى من دون ندبة	erosion التأكل
MANDAMA	شقوق العقب	فسخ خطي لداخل الأدمة	fissure الشق
	داء القمل الجسدي	ائتكالات خطية تائية للحك	excoriation التسحج
100000	ندبة اللايشمانية الجلدية	أثار تليفية للتقرحات بعد الشفاء	scar الندبة
White the state of	الصدفية	صفائح قرنية دقيقة متراكمة	الوسوف scales
	الجلدية المرضية الثانوية	الجدول (٥) المناصر	

المرض	الناحية
الحاصة النكورية (الصلع)، الحاصة البقعية (الثعلبة)، الحاصات القدبية. الأخماج: سعفة الرأس، التهاب الأجربة الشعرية، قمال الرأس. التهابات الجلد الزهمي، الصدف، التهابات الجلد الأكرمائية (التماس)، الوحمات (الكيسات البشروية)، التقرانات الزهمية والسفعية.	شروة الرأس
العد الشائع، وردية الوجه، أكزيمة التماس، التأتبية (تخالية الوجه البيضاء). اضطرابات التصبغ: النمش، الكلف، البهق، الوحمات الوعائية (المنبسطة). الأخماج: الحلأ البسيط، الثآليل المسطحة، القوباء السارية، اللايشمانية الجلدية. الأفات الضيائية، الذاب الحمامي القريصي، التقرانات الضيائية والزهمية، الشرى. الوحمات والأورام: السليمة والخبيثة (السرطانة القاعدية والحرشفية والملانوم).	اثوجه
أكزيمة التماس، الأكزيمة التأتبية، اللويحات الصفر، التهاب الجلد والعضل. أكزيمة التماس، التهاب الشفة الضيائي، الحلأ البسيط، السرطانة الحرشفية. القلاع، الحزاز السطح، الفقاع الشائع، الطلوان.	الأجفان، الشفتان، باطن الفم:
العد الشائع، النخالية الوردية، التهاب الجلد الزهمي، الطفوح الدوائية، الصدف، ال الأخماج: التهاب الأجرية الشعرية، الدمل، النخالية المبرقشة، سعفة الجسد، الدخل الحكات، الحكاك، الجلاد العصبي، الأحمريات. الوحمات والتقرانات الزهمية والجدرات الليفية، الزنمات.	الجدع الصدر والظهر
أكزيمة التماس، الجرب (في النساء)، داء باجت في الثدي، البهق، المنح. التهاب الغدد العرقية التقيحي، أكزيمة التماس، الأكزيمة الزهمية (أطفال)، الأفات ال والخمائرية.	الثدي: الإيماء
الأفات المنتقلة بالجنس (الحارُّ البسيط التناسلي، الثآليل التناسلية، قمل العانة).	النواحي التناسلية
الجرب الحطاطي، الحزاز المسطح، الاندفاع الدوائي الثابت. التهاب الحشفة والقلفة الخ الحكة الصفئية.	في الثكور:
الحرّاز التصلبي الضموري، الحرّاز المزمن البسيط، الأخماج الفطرية والخمالرية. الفرجية.	هَيَ الْإِنَّاتُ:
التهابات الجلد الأكزيمائية بالتماس، التهابات الجلد التأتبية (في الثنيات)، الصدف (ا المفصلية)، الحزاز المسطح (قرب المعصم) السماكات والتقرانات الراحية الأخمصية، لسع ال	الأطراف
التهابات الجلد بالتماس التخريشية الأرجية، أكزيمة خلل التعرق، التهاب الأفوات الخ فرط التعرق، الثأليل الشائعة، الداحس، الجرب (أثلام المعصم والأفوات) صلابة الجلد، د	الأيدي:
الأثفان والأشتان والتآليل الأخمصية، أخماج الأطّفار الفطرية، الظفر الناشب، سعفا	1 Maria
الأحمريات: الأكزيمائية (التأتبية، الزهمية، الثماس) الصدفية، النخالية الحمراء الا اللمفومات (سيزاري) الأدوية. الطفوح الدوائية: أشكال حصبوية وشروية وأحمرية وحويصلية فقاعية (صادات مسكنات، أملاح النهب). مسكنات، أملاح النهب). أمراض جلدية معممة: وراثية (سماكات) ولادية (وحمات) أرجية (شرى، حكات وحممهة) خمجية (فيروسية، سفلس)، مناعية (فقاع شائع) استقلابية (صفرومات) غير السبب (النخالية الحمراء الجرابية) بهق.	الشاملة لمظم انحاء الجسم

العناصر الجلدية المرضية الخاصة: وأمثلة عليها العناصر التالية،

- الزوان comedo ويشاهد في العد الشائع.
  - الثلم burrow ويشاهد في الجرب.
  - القديح scutula ويشاهد في القرعة.
- التوسعات الوعائية telangiectasia كالعنكبوت الوعائي
   (في العد الوردي).

وتجدر الإشارة إلى أن بعض العناصر الجلدية المرضية يمكن أن تكون أولية تارة أو ثانوية تارة أخرى كالضمورات والصلابات الجلدية. وتوجد ظواهر جلدية وعلامات خاصة يشار إليها في أمراضها الخاصة كظاهرة كوبنر في الصدفية.

- (٢)- توزع العناصر المرضية وطراز توضعاتها configuration: تختلف الميضات الشكلية التي تأخذها العناصر المرضية في توضعاتها وتوزعاتها كما في الإشارات الثالية:
- الشكل: يشمل رسوماً مختلفة منها الخطية (كالوحمات)
   والحلقية (كالحبيبوم الحلقي) والمقوسة (كالسعفات) ومنها
   اللاطئة (تقرنات زهمية) والمعنفة (زنمات).
- العند: قد يكون العنصر وحيداً (القرح الصلب) أو متعدداً (ثاليل مسطحة).
- الموقع: تظهر الأعراض في الأماكن المكشوفة
   (التحسسات الضيائية والصباغية كالنمش) أو تتوضع في
   الثنايا (كالمنح) أو في المخاطبات (طلوان).
- التوضع والشمول: فقد يكون التوضع متناظراً (التقران الراحي الأخمصي) أو وحيد الجانب (الحالاً النطاقي) أو قطعياً (بهق) أو شاملاً (الأحمريات).
- صفات أخرى: السطح (منيسط، شئز، مقبب، منخمص) الحدود (واضحة، مقطوعة، متلاشية) الشكل الهندسي (نقطي، ديناري، جغرافي) القوام (قاسي، لين، مجسوس) الأعراض (مؤلم، واخز، حاك).

#### ٣- التشخيص الناحيوي:

يميل عدد من الأمراض الجلدية إلى انتقاء أماكن ونواح مفضلة من الجسم لتوضعاته ومظاهره الجلدية المرضية، وتعرف هذه الأماكن (بالأماكن الانتقائية)، ومعرفتها تساعد على التشخيص التفريقي بين هذه الأمراض والتوصل إلى التشخيص الصحيح، ومثال على ذلك تشابه المظاهر السريرية في كل من التهاب الجلد التأتبي والتهاب الجلد الزهمي، وإن معرفة الأماكن الانتقائية لكل منهما تساعد على التوصل إلى التشخيص التفريقي بينهما، فالتهاب على التوصل إلى التشخيص التفريقي بينهما، فالتهاب

الجلد التأتبي ينتقي الثنيات (المرفقية والمنبضية): والتهاب الجلد الزهمي ينتقي الضروة والجبين وزوايا الأنف والصدر، والجدول رقم (٦) يبدي أمثلة على الأماكن الانتقالية لعدد من الأمراض الجلدية الشائعة.

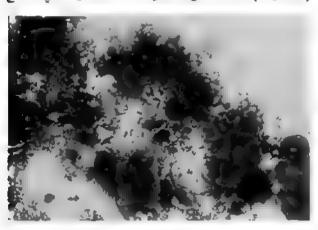
# إلى المسائل التشخيصية والاختبارات في الأسراض الحلبية:

تضم هذه الوسائل أجهزة مساعدة في الفحص السريري وفحوصاً مخبرية واختبارات تكشف العوامل أو توضح الآلية الإمراضية وتؤكد التشخيص.

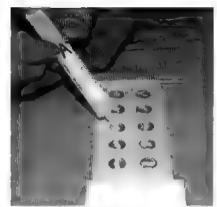
أ- وسائل الفحص السريري: تستعمل مكبرات عدسية في فحص الأفات الجلدية وخاصة المكبرات الضوئية المتألفة لتسهيل الفحص والتدقيق فيه (كالكشف عن الثلم الجربي وشبكة ويكهام في الحزاز المسطح)، أو تستعمل أشعة وود Wood وهي إشعاعات تألقية بما فوق البنفسجية لكشف أنواع من الإصابات الفطرية والبرفرية والتصبغية وتشخيصها، وتستعمل وسائط تنظير الجلد المجهرية في فحص التبدلات الجلدية السطحية كما في الأورام الملانية السطحية. وتستعمل المعاينة الشفوقية diascopy بالضغط البلوري ونحوه للكشف عن الإصابات الوعائية والتزفية (كالحبر والفرفرية وتوسع الشعريات الدعوية).

ب- الضحوص الخبرية: تستخدم معظم الضحوص الخبرية المتعادلة في الأمراض العامة للكشف عن العوامل والأسباب في الأمراض الجلدية، وتأتي في طليعتها الضحوص التالية: تحري الضطور: والتحري الماشر سهل باستعمال هيدروكسيد البوتاسيوم KOH ٢٠٪، ويتم تحديد أنواعها بالزرع.

Tzanck smear شعوص خلوية: منها لطاخة تزانك Tzanck smear (الشكل 12) للكشف عن الخلايا منحلة الأشواك في الفقاع



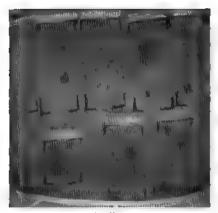
الشكل (١٤) لطاخة تزانك



أ- التحضير



ب ـ التطبيق الشكل (١٥) اختبارات الرقعة



جـ القراءة

الشائع وعن الخلايا العملاقة متعددة النوى في الأمراض الفيروسية كالحماق والحلأ البسيط.

الفحص بالساحة السوداء؛ وقد استعمل في التحري عن اللولبيات الشاحبة في الإفرنجي (السفلس) syphilis. ومن الفحوص المخبرية الجلدية التحري عن جسيمات الليشمانية الجلدية المباشر من محيط الأفة، وبالزرع أحياناً.

ج- فحوص أخرى واختبارات مناعية: ومنها:

اختبارات الرقعة patch: وتستعمل في التهابات الجلد
 الأرجية بالتماس لتحري الأسباب المؤرجة فيه (الشكله١).

● اختبارات الوخز prick: وهي اقل استعمالاً وتطبق بحدر شديد لاحتمال حدوث تضاعل تأقاني نادر في حالات من التأتب والشرى الأرجى وعند توقع أرح دوائي.

اختيارات حقن داخل الجلد: كتفاعل السلين والحنامين.

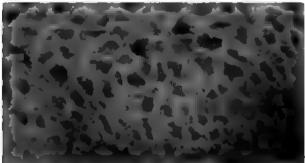
تفاعل سلسلة البوليميراز (PCR): لكشف بعض
 الأخماج وتشخيصها وخاصة الفيروسية والجرثومية في
 الأنسجة والأخلاط.

د- الخزعة الجلدية وفحوص التشريح المرضي الجلدي: تعد بين أفضل الوسائل لوضع التشخيص الجلدي وخاصة في التنشؤات والأورام السليمة منها والخبيثة وفي كثير من الحالات الالتهابية والحبيبومية.

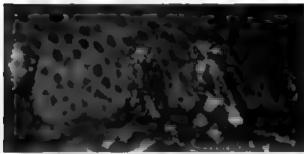
تؤخذ الخزعات عادة بوساطة المخرم أو الخازع punch في الحالات الجلدية التي تتصف باندفاعاتها الصغيرة والدقيقة أو المتوضعة في الأماكن المكشوفة؛ أو بالمشرط وتكون استثصالية في الأفات المحدودة أو جزئية في الأماكن الواسعة أو العميقة، ولانتقاء مكان الخزعة أهمية في التشخيص ويختلف بحسب نوع الأفة الجلدية، ويغلب أن يكون انتقاؤها من ناحية حديثة المتشكل أو من أماكن غير ظاهرة للعيان أو



تألق مناعي عير مباشر في الداء المقاعاتي المقاعي (شريط خطي من IgG في الموسل البشروي الأدمي)



التألق المناعي المباشر في الفقاع الشائع (توصع 1gG بي حلايا البشرة)



التالق الماعي المباشر في التهاب الحلد الحلتي الشكل (توضع IgA بنموذج حبيبي في ذرى الحليمات الأدمية)

الشكل (١٦) التألق المناعي في الأمراض الفقاعية

من أماكن يقل فيها تشكل الجدرات الليفية وتكون سهلة الالتئام.

ويمكن إجراء تلوينات خاصة على المقاطع النسيجية لتحديد بنية الخزعة الجلدية وتركيبها أو كشف عوامل ممرضة قد تحتوي عليها، كما تستخدم طرق التألق المناعي immunofluoressence على الخزعات المجمدة في تشخيص بعض الأمراض الجلدية كالأمراض الفقاعية (الشكل ١٦).

ويجب تزويد المشرح المرضي دوماً بالمعلومات السريرية الوافية لوضع التشخيص والتشخيص التفريقي. وقد أصبح علم التشريح المرضي الجلدي علماً أساسياً وشبه مستقل عن علوم الأمراض الجلدية وفي علوم المرضيات (الباتولوجيا).

يضاف إلى ما تقدم وجود اختبارات مهمة أخرى وفحوص عديدة مستجدة آخذة بالانتشار وخاصة في تشخيص الأورام والجيئات الوراثية ونحوها، مما يساعد على تشخيص عدد من الأفات الجلدية لا يزال يُفتقر إليها لتأكيد التشخيص. وتجدر الإشارة أخيراً إلى وسائل فضلى من وسائل التشخيص ومتابعة السير في الأمراض الجلدية وقد أصبحت متاحة وسهلة وجمة الفائدة، منها التصوير الضوئي الرقمي لتسجيل الحادثات المهمة والنادرة ومنها تقنيات الحاسوب المتعاظمة لبناء (أرشيف جلدي) يغني بعون الله الأبحاث والدراسات المستقبلية.

تسبب الجراثيم إصابات جلدية سواء بغزوها المباشر، أم بإفرازها النيفانات، أم بإحداثها تفاعلات أرجية.

# تصنف الأخماج الجرثومية bacterial infections التي تصنيب الجلد إلى:

١- أخماج جلدية أولية.

٧- أخماج ثانوية الأمراض جلدية كالتأتب الجلدي التقويق.

٣- أخماج تنجم عن إصابة أولية جهازية كخمج الدم.

اضطرابات جلدیة انعكاسیة لنواتج جرثومیة.

تعتمد الإمراضية على: مدخل الجرثوم، ومناعة المضيف والاستجابة الالتهابية لديه، والخواص الإمراضية للجرثوم. يعد الجلد السليم (الطبقة الكيراتينية) حاجزاً جيداً ضد الغزو الجرثومي، وإن أي تفرق اتصال فيه يسمح بدخول عضويات ممرضة، حيث يزداد الباهاء (pH) ومحتوى ثاني أكسيد الكريون والماء؛ منا يؤهب لنمو مستعمرات الجراثيم ولاسيما العنقوديات إيجابية الغرام.

كما أن لدسم سطح الجلد (الحموض الدسمة الحرة FFA، حمض الليتوليك والليتولينيك) تأثيراً مضاداً للجراثيم. والجهاز المناعي في الجسم مدافع ممتاز ضد الجراثيم بعدة آليات منها: البلعمة وتفعيل نظام المتممة، وتحريض السبيل الالتهابي عبر بعض السنةبلات كالببتيدات المضادة للجراثيم والمستقبلات الشبيهة بحواجز الرسوم للجراثيم والمستقبلات الشبيهة بحواجز الرسوم (TLRs) toll-like receptors

#### وتمزى زيادة الجراثيم وفوعتها إلى:

١- ظهور عوامل ممرضة جديدة.

٣- تكوَّن جراثيم مقاومة للصادات.

٣- زيادة عدد المثبطين مناعياً.

وتشمل الجلادات جرثومية المنشأ مجموعات مختلفة العوامل، منها: تقيحات الجلد pyoderma، وتسببها العنقوديات والعقديات، ومنها الأخماج بالمتضطرات mycobacterial infections كسلُ الجلد والجذام.

# أولاً- تقيحات الجلد؛ وتشمل:

#### \- القوياء العدية impetigo contagiosa:

إنّ القوباء المعدية خمج جرثومي بالمنقوديات أو بالعقديّات، أو بكلتيهما معاً يصيب الطبقات السطحية من الجلد، وهو مُعد بشدة. تشيع القوباء في الطفولة وفي

الصيف والرطوبة، وتنتقل بوساطة الحيوانات الأنيضة والأيدي من أطفال مصابين، وتكثر في دور الحضانة والمدارس والأماكن الكنظة. وتعالج عادة بصاد موضعي.

للقوباء المعدية شكلان سريريان: القوباء اللافقاعية والقوباء الفقاعية.

أ- القويام اللاققاعيّة non bullous impetigo: هي الأكثر شيوعاً، وتؤلف ٧٠٪ من حالات القوياء المدية. تنجم غالبيتها في البلدان المتقدمة عن العنقوديّات المذهبة ويشكل أقل عن المقديّات المقيّحة في حين يحدث العكس في البلدان النامية.

تشيع القوياء اللافقاعية على الأجزاء المكشوفة من البحسم، والرأس، وغالباً ما تكون مضاعفة لقمال أو جرب أو حلاً بسيط أو لدغ حشرات أو رضح جلد أو أفات ننازة. تبدأ ببقع حمامية تقيس ٢ ملم تتحول مباشرة إلى حويصلات أو فقاعات تتمزق تاركة قشوراً رقيقة قشية مصلية قيحية رخوة ذهبية اللون، تتراكم لتثثخن وتتقشر بسهولة مخلفة مكانها سطحاً ناعماً أحمر رطباً ونازاً، وقد تشفى مركزياً، وتتسع محيطياً مكونة حلقات كبيرة دوامية الشكل، يشيع اعتلال العقد اللمفية في قوباء العقديات، وقد يتضاعف بالتهاب الكبب والكلية.

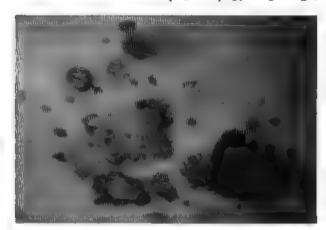
والقوياء اللافقاعيّة غير مؤلّة إلاّ في الأفات الواسعة، ولا ترافقها حمّى غالباً، وتشفى دون حدوث ندبات (الشكل ١).

ب القوياء الفقاعية ، تنجم عن نوع خاص من العنقوديات المنفوديات المنفية إيجابية الكواكولاز، ويإمكانها إصابة الجلد السليم، وهي أكثر ما تصيب الولدان والرضع، وتتميز بتطور سريع لحويصلات فقاعية رخوة بمحتوى مصلى رائق أصفر، يغمق



الشكل (١) قوباء الأفقاعية متمشية على الذقن والخد.

هذا السائل، ويتعكر لاحقاً مع بقاء حواف الفقاعة واضحة من دون هالة حمامية، وتكون علامة نيكولسكي إيجابية (تتشكّل الفقاعة نتيجة لسمّ خارج الخلية وهو الوسفين desmoglein الذي يصيب بروتين الديسموغلين! exfoliatin ا، ويعمل على انفلاقه في منطقته خارج الخلايا، فيؤذي إلى انحلال أشواك في الطبقة الحبيبية)، تتمزق الفقاعة السطحية خلال يوم أو يومين مشكلة قشوراً بنية فاتحة إلى صفراء ذهبية (الشكل ٢).



الشكل (٢) قوباء فقاعيّة: حويصلات متعندة، بعضها ذات محتوى رائق، وأخرى ذات محتوى عكر تتّحد سريعاً لتكوّن فقاعات رخوة

قد يتضاعف الداء إذا لم يعالج بخمج غاز أو التهاب نسيج خلوي أو التهاب أوعية لمفاوية أو خمج دم أو ذات عظم ونقي والتهاب مفاصل خمجي أو ذات رئة. وقد يؤدي الوسفين إلى حدوث متالازمة الجلد المسموط بالعنقوديات staphylococcal scalded skin syndrome (SSSS) المثبطين مناعياً.

المالاج، تعالج القوباء غير الفقاعية بالصادات الموضعية كالموبيروسين mupirocin أو بالحمض الفوسيدي fusidic acid عمرات يومياً حتى تشفى (تزال القشور بلطف بعد ترطيبها بالماء والصابون قبل الدهن). أما القوباء الفقاعية والحالات المعندة من القوباء غير الفقاعية؛ فتعالج بالصادات بالطريق العام. وتناقص استعمال البنسيلين والأموكسيسيلين بسيب زيادة مقاومة الجراثيم لهما، ويفضل استعمال الماكروليدات (اريشروميسين أو أزيشروميسين، أو الكلاريتروميسين) والسيفالوسبورينات (سيفالكسين، أو سيفيروزيل أو سيفدينير).

الوقاية من القوياء؛ تتم الوقاية بفسل أماكن الخدوش وأذيّات الجلد الصغيرة بالماء والصابون والابتعاد عن أماكن الاكتظاظ. أمّا إذا تكرّرت إصابة الشخص بالقوباء؛ فيحسن

إجراء الزرع من داخل الأنف للتأكد من حمل المريض المنقوديّة المُذهّبة، ويجب عندها معالجة حملة العنقوديّات بالموبيروسين داخل الأنف.

#### ٢- التهاب الأجرية الشعرية folliculitis:

خمج شائع جداً بالمكورات العنقوديّة، يصيب الأجرية الشعرية، ويتميّز بوجود بثرات دقيقة هشة بيض مصفرة بشكل مجموعات تشفى خلال أيام من دون ندبات، ينتقي الأطراف والفروة والوجه ولاسيما حول الفم وكذلك اللحية والألية، وقد يتطور ثانوياً بسبب دخنيات أو تسحج أو عض حشرات.

يبدأ الخمج في فوهة جريب الشعرة، ويصنّف تبعاً لعمق الغزو والإمراضية الجرثومية إلى:

• التهاب الأجربة الشعرية السطحي (الشكل ٣).



الشكل (٣) التهاب الأجربة الشعرية السطحي ● التهاب الأجربة الشعرية العميق تزداد فيه الآفات غير المعالجة عمقاً وإزماناً (الشكل ٤).



الشكل (٣) التهاب الأجرية الشعرية العميق

العالج: تنظف المنطقة بصابون مطهر، وتبرغ الأفات العميقة، أما الأفات السطحية فتنفرغ تلقائياً. يشفى معظم المرضى بتطبيق مطهرات وصادات مشل: مويروسين، كلينداميسين، فكساميدين موضعياً. أمّا حين فشل المعالجة الموضعية أو ترافق التهاب الأجربة وخمج نسيج ضام: فتعطى سيفالوسبورينات جيل أول أو بنسيلين مقاوم للبنسيليناز (د. كلوكساسيلين). وتستعمل الكمادات الحارة بمحلول بورو ويطبق رهيم الصاد العينى في التهاب حواف الأجفان.

التهاب الأجربة الشعرية الكاذب pseudofolliculitis: ينجم عن الأشعار النامية بشكل مائل عن جرابها: مما يؤدي إلى انغراسها داخل المجلد وارتكاس الجلد لها كما لو كانت جسما أجنبيا، ويحدث غالباً في أشعار النقن وفي الأعراق الداكنة. (الشكل ٥) وإنّ شدّ الجلد وحلاقته بعكس اتجاه الشعرة يزيد من احتمال حدوثه، ويحدث في منطقة العانة أيضاً وكذلك عند النساء الشرقيّات أو الأوسطيّات بعد إزالة شعر الساقين ويقاء بعض الجذور التي تتكور داخل الجراب، تتظاهر سريرياً بحطاطات صغيرة التهابية وبثور سطحية قد تترك تصبغات دقيقة.

استعملت في علاجها الريتينوئيدات موضعياً وداخلياً، لكنَّ النتائج لم تكن مرضية، وإنَّ التهاب الأجرية الشعرية الكاذب لشعر الأنف vibrissae هو نوع من هذا الارتكاس، ويحدث نتيجة قص شعر الأنف قصاً قصيراً جداً، وقد يلتبس بالتهاب الأجرية الثاقب للأنف.



الشكل (٥) التهاب الأجرية الشمرية الكاذب

#### ۳- الدمل furuncle:

خمج حاد مدور ممض واضح الحدود، يصيب عمق الجريب الشعري وما حوله بالمكورات العنقودية المنهبة، وينتهي بنخر خلوي مركزي، أما الدمال furunculosis فهو اجتماع دملين منفصلين أو أكثر (الشكل ٦). يبدأ الخمج في أجرية الأشعار بعد رضح الجلد عبر دخول الجرثوم بعدوى

ذاتية قريبة (دمل مجاور) أو بعيدة (أنف، مغبن)، ويستمر بالتلقيح الذاتي، قد تتراجع بعض الأفات، ولكن ينتهي معظمها بنخر مركزي وانفتاحها عبر الجلد طارحة حطاماً نخرياً قيحياً يعرف بالغثيث core. يشيع الدمل في النقرة والإبط والأليتين، وقد يحدث في أيّ مكان آخر يحتوي أشعاراً.



الشكل (٦) دمثل

وقد يصبح الدمل خطراً إذا أصاب الناحية عوق الشفة العليا الإمكانية امتداده إلى الجيب الكهفي؛ مما يتطلب إعطاء الصادات المناسبة باكراً.

العوامل المؤهبة: السكري والكحولية وسوء التغذية واعتلالات الدم واضطرابات وظيفة العدلات، والتثبيط المناعي، ويكثر حدوث المرض في المعالجين بالتحال الكلوي وفي المعالجين بالإيزوترتينوئين أو الإيتريتينات والمسابين بالتأتب والحكات.

تكثر المقاومة للصادات في دمل المستشفيات، وتتم الوقاية منه باستعمال المطهرات مثل محلول كلور هكسيدين ٤٪ للجلد والحبل السري لدى الولدان.

تسجياً - في الحالات الحادة يلاحظ تشكل خراج عميق في الجريب الشعري وما حوله مع عدلات ولفاويات، أما في الحالات المزمنة فيلاحظ وجود خلايا مصورية وخلايا عرطلة لجسم أجنبي.

العلاج: تثبط المرحلة الباكرة بكمادات دافئة مع إعطاء صاد قموي، كأن يعطى البنسيلين المقاوم للبنسيليناز، أو سيفالوسبورينات جيل أول أو الأحدث بجرعة ١-٢ غ/يوم بحسب شدة الأفة. حين إخفاق العلاج يجري الزرع مع التحسس، ويطبق صاد كالموبروسين على فوهتي الأنف يومياً لمادة ه أيام لمنع النكس. يمنع بضع الآفة الأولية، ويستطب

الشق مع التصريف حين وجود علامة التموج. أمّا عند إصابة قناة السمع الظاهرة أو الشفة العليا أو الأنف؛ فيعطى الصاد داخلاً مع تطبيقه موضعياً، ولا يجرى الشق والتصريف (لا إذا أخفق العلاج بالصادات، وتشكل الخراج.

الدمامل المزمنة: قد تنكس على الرغم من العلاج ودون اي مرض مستبطن، وذلك بعدوى ذاتية أو غيرية تحدثها الحكات والاحتكاكات كالتدليك والضرك في الاستحمام وارتداء الملابس الضيقة والخشنة. ولابد من منع العدوى الناتية بتعقيم المناطق المحتملة بالمطهرات ككلور هكسيدين لكسر دائرة النكس. تعطى الصادات مثل د. كلوكساسيلين أو مركبات السلفا عدة ١٠ أيام، أو كلينداميسين ١٥٠ملغ كل يوم طوال ٣ أشهر. لابد من تطبيق صاد كالموبروسين مرتين كل يوم في أنف المرضى المعالجين بالإيزوترتينوئين.

#### 1- الجمرة الحميدة carbuncle:

آفة أكبر حجماً وأكثر التهاباً من الدمامل وذات قاعدة أعمق منه، تنجم أيضاً عن العنقوديات المذهبة إيجابية الكواغولاز (المخثرة)، وهي أكثر حدوثاً في السكريين. تتظاهر بشكل آفة مؤلة جداً على النُقرة أو الظهر أو الفخذ وكثيراً ما يرافقها حمني ودعت. تبدو المنطقة المصابة حمراء قاسية، سرعان ما تظهر على سطحها بثرات تنتح إلى الخارج من فوهات الأجرية الشعرية، وتتطور لتصبح بشكل فوهة كبيرة بلون أصفر رمادي قد تشفى بيطء بوساطة التحبب مع بلكون أصفر رمادي قد تشفى بيطء بوساطة التحبب مع المكانية بقاء المنطقة بلون بنفسجي غامق لفترة طويلة من المائية، وتترك بعد شفائها ندبة واضحة كثيفة (الشكل ٧).



الشكل (٧) الجمرة الحميدة، دمامل متجمّعة وملتحمة بعضها مع بعض تنتح قيحاً من فتحات متعدّدة

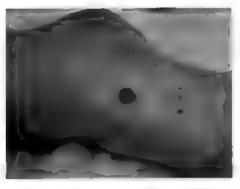
# sycosis vulgaris (تينة اللمية) (sycosis barbae) (sycosis barbae)

خمج بالعنقوديات مزمن بثري يصيب الجريبات الشعرية لناحية اللحية كما يظهر على ناحية الشارب قرب الأنف، يتميز بحطاطات ويثرات التهابية مع ميل للنكس، تتطور إلى حمامي مع حس حرق وحكة، تنبثق خلال يوم أو يومين بثرة أو أكثر من الأشعار كرأس الدبوس، تنفجر بالاحتكاك تاركة بقعة حمامية تكون مسرحاً لجموعة جديدة بثرية تسمح باستمرار الخمج وانتشاره سطحياً وعمقاً باتجاه الجراب الشعري مؤدية إلى ندبات ضمورية جرداء محاطة ببثرات وقشور، وفي الحالات الشديدة قد يحدث التهاب جواف أجفان هامشي والتهاب ملتحمة.

تميز التينة الشائعة من السعفة التي تصيب أسفل الفك السفلي والتي توجد فيها أغصان وأبواغ فطرية بالفحص المجهري، وكذلك تميز من العد الشائع، والتهاب الأجربة الشعرية الكاذب ذي الحطاطات الهامدة في مناطق انغراز الأشعار، ومن الحلأ البسيط ذي الحويصلات الميزة.

#### ٦- القوياء السوداء (الإكثيمة) ecthyma:

خمج جلدي بالعقديّات أو العنقوديّات. يتميز بتسحجات وتقرحات دات قشور ثخينة قد تنجم عن رضح أو قوباء مهملة ضمن ظروف خاصة (جنود، مشردون في مناطق حارة رطبة) أو عن انتشار جلاد ما. يخترق الخمج الجلد عميقاً مشكلاً قرحة عميقة ذات قشور. كثيراً ما يصيب ناحية الظنبوب أو ظهر القدم. يبدأ بحويصل بثري يتمزّق، ثم تعلوه قشرة ثخينة تخفي تحتها تقرحاً ذا قاعدة منسلخة ١٤٣ وحواف مرتفعة (الشكل ٨). قد تشفى بعد عدة أسابيع تاركة ندبة، موقد تتطور لموات عند المدنفين مع اعتلال عقد لمفية أو تخمج غاز مع التهاب أوعية لمفاوية أو لانتهاب نسيج خلوي أو حمرة أو حشرة



الشكل (٨) قوباء سوداء على الساق

# ٧- القوياء السوداء المواتية أو الإكثيمة المواتية ecthyma: gangrenosum

قرحة تنجم عن الزائفات الزنجارية وهي تشبه القوياء السوداء بالعنقوديات والعقديات، وتصيب الأطراف السفلية في الأطفال أو الكهول المهملين أو السكريين. تكثر مشاهدتها في المناطق الاستوائية على الكاحل وظهر القدم، ولها مظهر مخروم "punched out" مع حطام و قيح ذي قشور صفر رمادية متسخة، وحوافها صلبة جاستة بنفسجية اللون، وقاعدتها حبيبومية تمتد عميةاً باتجاء الأدمة. وتتسع الأفات غير المعالجة خلال أسابيع لتبلغ ٢-٣سم (الشكل ٩)، تعالج بالصاد المناسب لأسابيع عديدة.



الشكل (١) القوياء السوداء المواتية

#### - التهاب الهلل cellulitis:

التهاب مقيح يصيب النسيج الشحمي خاصة، وينجم عن العقديات المقيحة أو العنقوديات المنفية. وغالباً ما يأتي عقب جرح أو سعفة في القدم. تكثر إصابة الساق: إذ تظهر حمامي موضعة مع مضض ودعث وعرواءات وحمى. وتشتد الأعراض، وتنتشر مع ارتشاح وذمي في المنطقة، وتنخمص بالضغط. قد يصبح الجزء المركزي عقيدياً، وتنتشر خطوط التهاب الأوعية اللمفاوية في منطقة الإصابة إلى العقد اللمفية الناحية، أو يتبعها موات أو خراجات انتقالية، أو خمج دم وخيم، وتصيب هذه المضاعفات الأطفال أو المثبطين مناعياً (الشكل ١٠).

تعطى البنسيلينات المقاومة للبنسيليناز وريدياً، أو سيفالوسبورينات جيل أول. ويجرى الزرع والتحسس حين نقص الاستجابة.



الشكل (١٠) التهاب الهلل، الطرف السفلي منتبج، حمامي ومؤلم

# necrotizing fascitis الثمان اللفاقة الناخر) -4

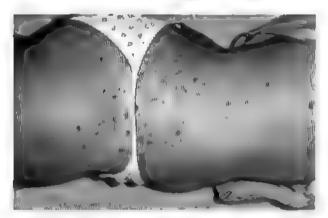
خمج حاد يصيب اللفاقة fascia بعد جراحة أو رض ثاقب، وقد يحدث أولياً إذ يتطور احمرار سريع خلال ٢٤-٨٨ ساعة، يرافقه وذمة وبقع مركزية أو تلون أزرق مسود مع نضاطات مصلية دموية أو من دونها، وخدر المنطقة عرض مميز جداً، تتموت المنطقة المحمرة خلال ٤ -٥ أيام. وقد كشف العديد من العوامل المرضة بالزرع، منها العقديّات الحالة للدم بيتا والكولونيات والمكورات المعوينة والنزائضات النزنجارينة والعصوانيات. وتتضمن العلامات المساعدة على تحديد عمق الانتشار؛ وجود انخفاض بالضغط، وارتفاع الكريات البيض لأكثر من ١٥٤٠٠ وانخفاض صوديوم المصل لأقل من ١٣٥ ميلي مول/ لتر. وتعد العلامات التالية دليل إندار سيع: نقص النزف ووجود المفرزات العائمة ونقص المقاومة بإدخال الإصبع، يتضمن العلاج التنضير الباكر مع صاد مناسب وريدياً وعلاج داعم، يبلغ معدل الوقيات ٢٠٪ في أحسن الحالات، وتزداد النسبة بعد سن الخمسين، وعند المصابين بالسكري أو تصلُّب الشرايين أو إذا تأخر التشخيص لأكثر من ٧ أيام، أو حين تكون الإصابة في الجذع أو أقرب إلى الجذع منها إلى الأطراف. ويصيب التهاب الصفاق عند الولدان جدار البطن عادة مع معدلات وفيات مرتفعة.

# ۱۰- التهاب الأجرية الشعرية بالزالفات الزلجارية (التهاب الأجرية الشعرية بالماء الساخن (hot tub folliculitis):

يتميز التهاب الأجرية الشعرية بالماء الساخن بأفات جرابية حاكة بقعية حطاطية وحويصلية بثرية تحدث خلال 1-1 أيام بعد الاستحمام بماء ساخن (جاكوزي، أحواض سباحة)، ويعزى السبب إلى ارتفاع حرارة الماء الساخن الذي تنزل مستويات الكلور فيه؛ مما يسمح بالفزو الجرثومي، وقد تساعده بدلات السباحة والغطس؛ إذ تصيب جوانب

الجدّع والإبطين والأليتين (الشكل ١١). وقد يرافقه ألم أذن أو بلعوم، وحمى، وصداع، ودعث، وقد سجلت جائحات كبيرة لهذه الإصابة.

يتراجع الخمج خلال ٧-١٤ يوماً دون علاج ما، وقد يتطلب صاداً جهازيّاً في الحالات الحادة أو الشديدة. الوقاية مهمة بالحفاظ على باهاء الماء مناسباً عبر الكلورة والفلترة المناسبة، أو بإضافة البروم أو الأوزون.



الشكل (١١) التهاب الأجرية الشعرية بالماء الساخن

# :pyogenic paronychia الداهس المقيّح -۱۱-

يتميز بتورم نسجي التهابي حاد أو قيحي مزمن مؤلم ناجم عن تشكل خراجة صغيرة في طية الظفر، يؤدي الإزمان أو النكس إلى ظهور أثلام أفقية في قاعدة الظفر.

تنجم الحالة عن تأكل طيات الظفر التالي لترطيبه المستمر مهنيا (عمال مطاعم، أو ممرضات) يتبعه رض يؤدي إلى انفصال طية ما فوق الظفر عن صفيحته مما يسمح بغزوه بعوامل ممرضة، وهي عادة العنقوديّات المذهبة، والمقديّات المقيحة، والزائضات الرنجارية، والمتقلبات، والمتقوديّات البيض. وتتظاهر سريريا بتشكل واللاهوائيات، أو المبيضات البيض. وتتظاهر سريريا بتشكل خراج صغير (عنقوديّات) (الشكل ١٢). أو حمامي مع تورم (عقديّات)، أو تورم مزمن (مبيضات بيض)، ولتأكيد وجود الخراج يضغط ضغطاً خفيفاً بالسبابة على الوجه الراحي للهاية الإصبع المصاب، فيبدو تشكل ابيضاضي محدد.

يتضمن العلاج الوقاية من الرضوح والترطيب الدائم، أمنا في الحالات الحادة فيشق الخراج ويصرف، وتعطى البنسيلينات نصف التركيبية أو السيفالوسيورينات واسعة الطيف، وقد يضطر إلى إجراء الزرع والتحسس وإعطاء ما بناسب.

تكشف المبيضات عادة في الحالات المزمنية، وتشفى ٥٠٪ من الحالات بعد معالجة الفطور موضعياً أو فموياً، وتصل



الشكل (١٢) الداحس المقيح: النهاب حول الطفر بوساطة العنقوديّات المُذهَبة. يشاهد خرّاج على ظهر الأصبع ابتدأ من جرح صغير في القشيرة

النسبة إلى ٨٠٪ حين إضافة الستيروئيدات المضادة للالتهاب. ٢٢- الحمرة erysipelas:

خمج بالعقديّات بيتا الحالة للدم، يصيب النسيج الخلوي العلوي تحت الجلد والجهاز اللمفي الأدمي السطحي، تتميز باحمرار موضع حار، مع تورم له حواف صلبة مرتفعة مميزة. ويسبق بأعراض جهازية منذرة تتضمن العرواءات وارتفاع الحرارة والصداع والقياء والألام المفصلية مع كثرة الكريات البيض على حساب عديدات النوى.

تختلف أشكال أفات الجلد من تبييغ عابر إلى التهاب شديد مع حويصلات وفقاعات. يبدأ الطفح بأي نقطة كبقعة حمامية تنتشر محيطياً. ويكون الجلد في المراحل الباكرة قرمزي اللون، حازاً متوزماً يتميز بحواف مرتفعة محددة تبدو كجدار باللمس (الشكل ١٣).



الشكل (١٣) الحمرة: توجد حمامي حارة ومؤلة على الطرف السفلي حدودها واضحة

ويصحبها أحياناً حويصلات أو فقاعات ممتلئة مصلاً وقيحاً مؤدية إلى موات موضع.

تشيع الإصابة في الساقين، وفي الوجه حيث تبدأ على الخدين قرب الأنف أو أمام فص الأذن، وتنتشر إلى الأعلى باتجاه الفروة، ويقوم خط الشعر أحياناً بدور حاجز ضد الانتشار. تسيطر الوذمة والفقاعات في الساقين غالباً. وقد

تحدث بعض العقابيل مثل خمج الدم، أو التهاب الهلل العميق، أو التهاب اللفافة النخري.

تؤهب للحالة أذيات سابقة في الجلد مهملة أو مزمنة. إنَّ تشخيص الخمج سهل، لكنه يلتبس أحياناً بالجلاد بالتماس، أو بوذمة عرقية عصبية، أو بحمى قرمزية، أو بذأب حمامي، أو بالتهاب غضروف ناكس.

ويحسن البنسيلين الجهازي الحالة العامة سريعاً خلال ٢٤-٨٨ ساعة، أما الأفات الجلدية فتحتاج إلى عدة أيام إضافية لتراجعها: لذا تستمر المعالجة ما لا يقل عن ١٠ أيام، ويفيد الإريثروميسين، وتطبق موضعياً كمادات باردة وثلج، ويستطب إعطاء صاد وريدي حين إصابة الساق بالفقاعات أو حين تقرحها وخاصة عند المدنفين.

#### erythrasma الوذح -١٣

ينجم عن الجراثيم الوتدية المدقيقة المنابية الغرام غير minutissimum وهي جراثيم عصوية إيجابية الغرام غير مشكلة للأبواغ، قد تحدث حبيبوماً جلدياً، أو خمج دم في مرضى عوز المناعة، كما تحدث انحلال البشرة المنقر، أو الفطار الشعرى الابطى.

ويتميز الوذح ببقع حوافها محمدة جافة بنية وسفية قليلاً في الثنيات (الشكل) إوخاصة الإبطين، وفي المنطقة التناسلية العجانية، وفي الأفوات (خاصة الفوت الرابع) وفي الشق الأليوي، وتكون الأفات لاعرضية عدا المفبن حيث تحدث حكة وحرقة، يؤهب لها السكري، والأمراض المدنفة.



الشكل (١٤) الودح: بقع حمراء مسمرة واضحة الحدود تحت الإبط

ويعد الومضان الأرجواني الذي تظهره أشعة وود Wood والناجم عن وجود البورفرين في بقع الوذح علامة مشخصة، ويرزول بمعالجة المنطقة، وتضيد الصادات موضعياً، والإريثروميسين جهازياً ٢٥٠ملغ ٤ مرات يومياً لأسبوع، أو محلول تولنافتات مرتبن يومياً لـ ٢-٣ أسابيع، أو مكونازول موضعياً.

#### ۱٤- انحلال القرنين المنقر pitted keratolysis:

انحلال القرنين المنقر (الشكل ١٥) خمج جرثومي يصيب الجزء الحامل ثثقل الجسم في الأخمصين، يبدو بحضر دائرية سطحية واضحة بقطر ١ -٣ملم تتلاقى فيما بينها مشكلة أخاديد لاعرضية كريهة الرائحة. ويشيع عند الذكور ذوي الأقدام المتعرقة خلال صيف حار رطب.

العامل المرض مثار جدل، ويعد من الجراثيم الوتدية، والتشخيص السريري سهل، وتبدي النسجيات حضراً مملوءة بمكورات صغيرة وجراثيم خيطية.

يعالج بالصادات ومضادات الفطور موضعياً، وبنزويل بيروكسيد ٥٪، وسائل كلوريد الأثنيوم ١٠-٢٠٪ لتخفيف التعرق.



الشكل (١٥) انحلال القرنين النقر

# ثانياً– الأخماج الجلدية بالتفطرات: ١- سلّ الجلد tuberculosis cutis:

يحدث سلَ الجلد بالمتفطرة السلّية البشريّة أو البقريّة وأحياناً بعصيّة كالميت وغيران BCG (سلالة مخفّفة معدّلة من المتفطرة البقريّة)، ويشمل أشكالاً سريرية عديدة، اعتمد

في تصنيفها على مصدر العصية السليّة:

أ- سل الجلد الناجم عن تلقيح من مصدر خارجي مباشر:
(١)- القرح السلّي tuberculous chancre: نادر الشاهدة،
يحدث بعد التلقيح بالمتضطرة السلّية (م. س) دون تعرض
سابق لها، غالباً ما يحدث عند الأطفال بعد أذية جلدية أو
أعمال كالختان أو الوشم.

تظهر بعد ٣ إلى ٦ أسابيع من التلقيح حطاطة بنية متقرّحة، قاعدتها نزفيّة، ترافقها ضخامة العقد اللمفاوية في المنطقة، وتشفى معظم الحالات تلقائياً.

(۲)-سلُ الجلد التؤلولي:tuberculosis verrucosa cutis هو نوع يحدث بعد التلقيح بالا (م. س) عند مريض تعرض سابقاً لهذه العصية، تتوضع الأفة على جانب اليدين والأصابع أو على ظهرها. مصدر العصية خارجي، وقد سجلت حالات عديدة حصلت العدوى فيها من قشع المريض (الشكل ١٦).

تبدو الأفة على شكل لويحة وحيدة مفرطة التقرن، بطيئة النمو محاطة بمنطقة التهابية، وقد تحدث أفات واسعة شبيهة بالورم، تتوضع الأفة على جانب اليدين والأصابع أو على ظهرها عند البالغين الأوربيين، ولكنها شائعة أكثر على الأطراف السقلية عند الأطفال الأسيويين. إصابة المقد اللمفية فيها نادرة، كما أن عدد العصيات في الأفة قليل.

تَتَطُورَ الْأَفَةَ بِبِطَء، وقد تَبِقَى ثَابِئَةَ لَعَدَةَ سَنُواتَ، وقد يحدث الشفاء تلقائياً.



الشكل (١٩) سلُّ جلد ثؤلولي على ظهر اليد

# ب سلُّ الجلد بالتلقيح من مصدر داخلي:

(۱) - خَدْرُرَة الْجِلْد scrofuloderma: تصيب المعقد اللمفية، ويحدث انتشار عصية السل إليها من مصدر داخلي، وكثيراً ما تصاب العقد اللمفاوية المقفوية، ويكون مصدرها سلّ العظام أو سلّ المفاصل أو سلّ البريخ المفتزرة أكثر شيوعاً لدى الأطفال، تتطور الأفات على شكل عقيدات حمر مزرقة تحت الجلد تغطي منطقة الخمج، ثمّ تتجبن هذه العقيدات، وتنثقب مخلّفة قرحات وقنوات تصريف، ثم تحدث الندبات، وتكون شديدة مصحوبة بكتلة ليفية كبيرة (الشكل ۱۷)،



الشكل (١٧) خنزرة الجلد في منطقة الترقوة، بلاحظ خراج ينتح مادة قيحية ومتجبنة

(٢)- سلّ الشوهات tuberculosis cutis orificialis؛ وهو نادر، يصيب الأغشية المخاطية والجلد المحيط بها، وينتقل من سل رثوي أو معديَ معوي وأقلَ من ذلك من سلّ بوليّ تناسليّ. توجد العصيّات فيه بأعداد ضخمة، وقد يحدث الانتشار بالطريق اللمفاوي أو الدموي. يكون الفم الأكثر إصابة، وقد تصاب المنطقة الشرجيّة المهبليّة. وتبدو الآفة على شكل عقيدة حمراء مؤلمة متقرّحة، يبدو تفاعل السلّين عند أغلب المرضى إيجابيّا، والإندار سيّن لتطور الإصابة عند أغلب المرضى إيجابيًا، والإندار سيّن لتطور الإصابة الداخليّة (الشكل ١٨).



الشكل (١٨) سلَّ القوهات في مريض مصاب بسلُ رثويُ متقدَّم

# ج- السلُّ من منشأ دموي:

(۱)- السلّ الدخني الحادacute miliary tuberculosis: نادر، ويبدو بشكل حطاطات وفقاعات وعقيدات متناشرة، تشاهد عند الأطفال غالباً، ويكون اختبار السلين سلبياً

(مناعة مثبطة) والعصيات كثيفة في الآفة.

(٢)- الناب الشائع lupus vulgaris هو شكل مزمن، يعن أكثر أشكال سل الجلد مشاهدة، يحدث عند المرضى المعرضين سابقاً للعصية، يتوضع غالباً على الراس والوجه والعنق، وتكون نسبة الإناث إلى الذكور (٢-٣ إلى ١). يحدث الانتشار من سلّ رئوي أو من العقد اللمفيّة القفويّة، وكشف العصيّة في الأفات صعب. يبدأ بشكل لويحة غالباً ما تتوضع على ناحية الأنف، ثم تنتشر تدريجيّاً، وتحوي درنات تبدي بالضغط البلوري لوناً شُبّه بلون جمد التفاح، تنوع بالضغط البلوري لوناً شُبّه بلون جمد التفاح، تنوع ودرنية. المالجة الدوائية النظاميّة ضروريّة، والتطور نحو الخلابا فياثم وخاصة في الندبات شائع (سرطانة شائكة الخلابا غالباً) (الشكل ١٩).



الشكل (١٩) الناب الشائع

(٣)-القرحة السلية النقائلية؛ يحدث بالانتشار الدموي من بؤرة خمجية، ويؤدي إلى تشكل خراج جلدي قد يتقرح. وقد تعزل العصية السلية منه.

# د- طفوح سلَّيَّة أخرى:

هي تفاعلات أرجية متأخرة، تنشأ على الجلد نتيجة وجود مستضدات جرثومية وتشكّل أضداد لها، تحوي الاندفاعات حبيبومات درنية نموذجية دون وجود العصيات. يكون اختبار السلين إيجابياً بشدة. يستجيب الطفح الجلدي للعلاج بمضادات السلّ، وتشمل الطفوح السلية ما يلي:

(۱)- الحزاز الخنزري lichen scrofulosorum: اندفاع نادر غير حالاً، حطاطي مسطّع بلون وردي إلى مصفر، يحدث على جلد الجذع في المرضى المسابين بسل العقد اللمفية والعظام، وقد يتطور إلى لويحات على مدى شهور، ثم تشفى تلقائياً ببطء، لكن المعالجة الخاصة تشفيها بسرعة.

#### (٢)- الطفيح الحطاطين الشخيري)papulonecrotic

tuberculids؛ حطاطات متنخرة متناظرة تبدو على الأطراف، تتظاهر على شكل آفات متقرّحة ومزمنة قد تستمرّ لعدة أشهر، وهي لا عرضية وتحدث عند الشباب البالغين عادة (الشكل ۲۰).



الشكل (۲۰) طفح حطاطي نخري

(٣)- الحمامي الجاسلة لبازانerythema induratum of على الجاسلة السفلية Bazin عقيدات حمر صلبة متناظرة على الأطراف السفلية للنساء متوسطات الأعمار. تكون ثابتة أو معاودة. التقرح شائع، وتترك ندبات عند الشفاء.

# تشخيص سلُّ الجلد:

يعتمد التشخيص على اختبار السلّين، ومن أشكاله اختبار مانتو Mantoux واختبار هيف Heaf، لمرفة التعرّض للسل إما بالتقيح وإما بالغزو، على أنه ارتكاس غير نوعي قد يحدث للمتفطّرات غير السلّية.

إظهار العصية المقاومة للحمض: تبقى هي الطريق الوحيدة الإثبات التشخيص بوساطة المجهر أو بالزرع ( A أسابيع ) أو بتلقيح الحيوان المخبري أو بوساطة PCR أو بالقياس المصلي للاستجابة المناعية الخلطية الستضدات المتفطرات.

#### المالجة

تعتمد المعالجة الكيميائية النظاميّة للجمعيّة الصدريّة البريطانيّة وكذلك الجمعيّة الأمريكيّة باستخدام أربعة

ادوية: إيزونيازيد وريفامبيسين وبيرازيناميد والإيتامبوتول لمدة شهرين، ثم إيزونيازيد وريفامبيسين لمدة ٤ أشهر. تستخدم هذه المعالجة لجميع حالات سل الجلد، وتكون الاستجابة لهذه الأدوية بحدود ٩٥٪ من الحالات. وللجراحة شأن في استئصال الأفات الصغيرة للذأب الشائع والسل الثؤلولي، كما أنّ للجراحة التصنيعيّة شأناً في تدبير التشوّهات الحاصلة في الذأب الشائع والندبات.

#### teprosy: الجنام +Y

الجنام أو داء هانسن Hansen disease (ويعرف بالبرص) مرض قديم قدم التاريخ المدوّن، ويعدُ من الأمراض التي لم يعرف لها قديماً علاج نوعي.

ينجم عن المتفطرة الجدامية التي تغزو الأعضاء الأكثر برودة في الجسم كالجلد والأعصاب المحيطية والجهاز التنفسي العلوي والغرفة الأمامية للعين مؤدية إلى جملة من الأعراض والعلامات السريرية المرتبطة بهذه الأعضاء. قد يكون سير المرض سليماً نسبياً أو أنه يختلط بتفاعلات متواسطة مناعياً، فيصبح أكثر تعقيداً.

طرق المعوى؛ غير واضحة تماماً، ويعد شكل الجدام الجدمومي غزير العصيّات مُعدياً بشدة (من المُمرزات الأنفيّة كثيرة العصيّات ومن الأفات المتقرّحة كذلك)، وذلك على العكس من الجدام الدرتي قليل العصيّات الّذي لا يعدُ معدياً.

الليبرومين lepromin (الجنامين) يحتوي على أجزاء مستضدية من المتفطّرة الجنامية المقتولة بالحرارة.

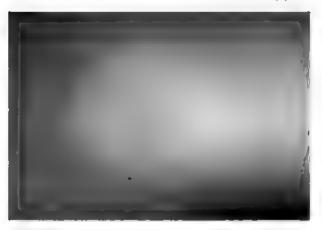
اختبار ميتسودا Mitsuda: يجري باستخدام المليبرومين، وهو لا يستخدم للتشخيص، بل لتصنيف مرضى الجدام، إذ يحقن المليبرومين في الأدمة، ويقرأ بعد ٣ إلى ٤ أسابيع، ويعد إيجابياً إذا حدث تفاعل التهابي عقيدي وكان قطر التفاعل أكثر من هملم؛ وسلبياً إذا كان دون ٣ ملم، ويكون الاختبار إيجابياً في الجدام الدرني حيث المناعة جيدة؛ وسلبياً في الجدام الحرني حيث المناعة المريض طبيفة.

#### التظاهرات السريرية والناعيّة:

بالاعتماد على اختبار الليبرومين والموجودات السريرية والتشريح المرضي للجلد المصاب: قسم ريدلي - جوبلشغ الجذام إلى:

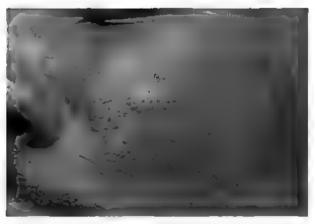
أ- الجنام الدرتيّ tuberculoid leprosy تبدو الأفة بشكل بشعة حماميّة صريحة الحدود تميل إلى الشفاء مركزيّاً تاركة نقص تصبّغ وضموراً مركزيّاً، ثمّ تصبيح مرتضعة اكشر وحماميّة مع ازدياد المناعة. وتكون الأفات وحيدة أو متعددة،

وهي فاقدة للحسّ، ويلاحظ مع الوقت تضخّم العصب قرب الأفة (الشكل ٢١). يتميز الجنام الدرني بأنه غير معد ويندرة وجود العصيات الجنامية ويإصابة الأعصاب وفقدان حسّ الألم والحرارة.



الشكل (٢١) بقعة وحيدة من الجذام الدرني

ب- الجنام الجنمومي lepromatous: لا تسبّب الآفات في الجنام الجنمومي إحساساً بالخدر، وتتصف بتعددها وانتشارها وتناظرها، وتكون غزيرة ومرتشحة ولّماعة وحطاطية ويشكل لويحات حمامية مضطرية اللون وتأخذ أشكالاً عقيدية (الشكل ٢٢).



الشكل (٢٣) جذام جذمومي

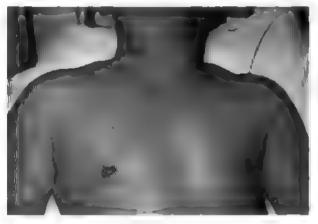
قد تتلاشى العقيدات لتحلّ مكانها ثخانة جلدية منتشرة ذات بنية عجينيّة، ويسقط شعر الجسم والحواجب والرموش، وتتورّم فصوص الأذن، وتحدث السحنة الأسديّة بسبب ازدياد عمق خطوط الوجه الناجمة عن هذا الارتشاح المنتشر، وتغزو المصيّات مخاطيّة الأنف، وتسبّب احتقاناً فيه وانتقاب حاجزه الغضروفي وتشوّه سرجه.

المُوجودات الأخرى: وذمة الأجفان والشفاه، وتورّم الأصابع. يحدث خدر اليدين والقدمين متأخّراً مع جنوع عصبيّة

متضخّمة وتعطّل وظيفة النقل العصبي، ويعود هذا إلى الارتشاح الشديد بالعصيّات، لذلك تكون أذيّة الأعصاب متناظرة ومتاخّرة.

ج- الجنام الحدي borderline: إصابة متوسطة في معظم مرضى الجنام، والأعراض السريرية مشتركة بين الشكلين الدرني والجنمومي، تمليها الحال المناعية التي يكون عليها الريض، ويكون تفاعل الجنامين سلبياً : والمتفطرات الجنامية موجودة، ويعرف للجنام الحدي نمطان:

الجنام الحني الجنمومي borderline lepromatous الجنام الحدي الجنام الحدي الدرني leprosy ، والجنام الحدي الدرني leprosy (الشكل ٢٣).



الشكل (٢٣) جذام عدي درني

د- الجنام غير المند indeterminate leprosy: شكل من الجنام الباكر، يوجد في أطفال لم تحدد مناعتهم بعد تجاه الرض. يتظاهر ببقعة حمامية أو ناقصة الصباغ وناقصة الحس.

#### المضاعفات:

يشاهد **توعان من التفاعلات** التي قد تحدث بعد بده العلاج، وتكون شديدة:

١- التفاعل الجذامي تمط الepra type 1 : يصيب مرضى الجذام الحدي الجذمومي: إذ تصبح الأفات الجلدية ملتهبة وحسّاسة، وتظهر آفات جديدة، وقد تتظاهر بضخامة اعصاب مؤلمة أو التهاب أعصاب صامت يتطوّر ببطء لعسر وظيفي محيطي، وهي تعالج بالكورتيزون.

٧- التفاعل الجنامي نبط الepra type 2 وفيه الحمامي العقدة الجنامية تحدث عند نصف مرضى الجنام الحداي والجنام الجنام الجنام الجنام الجنام الجنام المعربي في السنوات الأولى بعد العلاج، وتكون على شكل مجموعات من العقيدات الحمامية الوسفية المؤلمة في الجلد والنسيج تحت الجلد. قد تتطور العقيدات في

الحالات الشديدة إلى بثرات تتقرّح وتتندّب، وهي لا تقتصر على الطرفين السفليّين، بل قد تصيب أيّ مكان مثل السطوح الباسطة للنراعين والفخذين والوجه أحياناً. إنّها اضطراب جهازي يرافقه حمّى ووهن وأرق وارتفاع في البيض وفقر دم. يتم علاجها بالتاليدوميد thalidomide.

ظاهرة لوسيو Lucio؛ وتشاهد في امريكا اللاتبنية ولاسيما لدى المحسيكين، وعلى العكس من الحمامى العقدة لا علاقة لها بالعلاج، يحدث فيها لدى المرضى شكل سيئ من الجذام المعمم والمنتشر، تشاهد فيه الفقاعات الكبيرة التي تتقرّح وتتوضع خاصة تحت الركبتين، تنجم عن احتشاء الأوعية السطحية؛ وتكون العصيات موجودة في الخلايا البطانية للأوعية، وقد يؤدي تأخر التشخيص والخمج الثانوي إلى تجرثم الدم والوفاة.

#### التظاهرات الجنامية السريرية الأخرى:

- (۱)- عجر اليدين والقدمين، بنجم الضعف الحركي عن نقص تعصيب المضلات كما يؤدي نقص الإحساس إلى حدوث أذيات كحروق وجروح متكرّرة تؤدي إلى تقرحات ضمورية (كالداء الثاقب الجذامي) تعمل على تخريب الأنسجة وإحداث الندوب، ويعمل اشتراك الندوب والتقلّصات الناجمة عن الضعف العضلي على زيادة التشوّهات الحاصلة، ومفصل شاركو Charcot نوع من هذه التشوّهات.
- (٢)-العين: قد تؤذي إصابة الغرفة الأمامية للعينولاسيما التهاب القرحية وتقرّحات القرنية إلى العمى
  أحياناً، وقد تحدث شتور في الأجفان والتهاب الملتحمة
  الاحتقاني حول القرنية.
- (٣)- الخصى: يترافق ضمور الخصى بضخامة الأثداء
   والعجر الجنسي، وقد يحدث التهاب بريخ ثنائي الجانب
   والعقم.

#### الآلية الإمراضيّة:

المتضطرة الجدامية عصية مجبرة على العيش داخل الخلية، وهي تتلون باللون الأحمر بملون تسيل- نلسون، تيقى حية من يوم واحد حتى ٧ أيّام في المفرزات الجافة. وهي غير متحركة وغير قادرة على إنتاج السموم؛ ولكنّها تمثلك القدرة على الدخول إلى الأعصاب، وهذا هو جوهر إمراضها، وهي غير قابلة للزرع على أوساط أو مزارع نسيجية عادية، لكنّها تنمو بشكل محدود في الوسادة الأخمصية للفار.

#### العلاجه

هنالك مراكز مختصة لعلاج الجذام بالأدوية المضادة

# للمتفطرة والتي تشمل:

- ۱- الدابسون-
- ٧- الريفامبيسين.
- ٣- الكلوفازيمين.
- 4- الإيتيوناميد تطبق بحسب خطط معينة تختلف تبعاً للحالات.
- ٥- الصادات الأحدث كالمينوسيكلين والكلاريتروميسين
   والأوظلوكساسين لها طعائية قاتلة للمشقطرات اقوى من
   طعائية الدابسون والكلوفازيمين، ولا كانت التأثيرات الجانبية

للمينوسيكلين قليلة وله تأثير مضادَ الالتهاب؛ لذلك يفضلً على غيره في بعض الحالات.

الوقاية:

تتم الوقاية بفحص كل شخص على تماس مع المريض المصاب بالجدام والاسيما افراد عائلته وعلى مدى خمس سنوات بعد تشخيص الإصابة (وخاصة الأطفال منهم). يعطى الدابسون وقائياً، وهو الا يمنع الإصابة بالجدام الجدامي إلا أنه يقلل من انتشار الجدام الدرني. ولد BCG شان ولو أنه ضعيف في الوقاية من الجدام.

# أمراض القيروسات

المفيروسات viruses وحدات حية يراوح قدها ما بين ١٥ و ٣٠٠ ثانو متر، تتكاثر داخل الخلايا الحية للمضيف مستخدمة ريباسات ribosomes تلك الخلايا لإنتاج الجسيمات الشيروسية virions التي تقوم بنقل المجين genome إلى خلايا اخرى.

تتألف المكونات البنيوية لجزيء القيروس من لب مركزي من الحمض النووي nucleoid ومن غطاء بروتيني واق يسمى القفيصة capsid ومن غشاء خارجي بروتيني يوجد في بعض المجموعات القيروسية.

تختلف القيروسات باستعمارها ويالتالي خمجها لنمط خاص من الخلايا يُذكر على سبيل المثال أن قيروسات شلل الأطفال تخمج النورونات العصبية، والقيروسات الحليمومية الإنسانية تخمج الخلايا البشروية.

عزلت حتى الأن زمرتان رئيستان من القيروسات، تنضمن الزمرة الأولى الفيروسات التي تحتوي على الحمض النووي DNA. وتحتوي الزمرة الثانية الحمض النووي RNA، علماً بأن الشيروس الواحد لا يحتوي سوى واحد شقط من الحمضين المذكورين.

من شيروسات النزمرة الأولى: الشيروسات الحلشية herpesvirus والشيروسات الجدرية poxvirus والشيروسات البايوفية adenovirus.

ومن فيروسات الزمرة الثانية التي غالباً ما تتشارك فيها الإصابة المجلمية والإصابة المخاطانية: الشيروسات البيكورناوية والشيروسات الخلفية والشيروسات نظيرة المخاطية (الحصبة) .vealis v. وشيروسات طخالية togavirus وشيروسات الحصبة الألمانية .rubella v. وشيروس كوكساكي .loA Coxsackie v. والشيروس المعوي rabella v. (متلازمة يد - فم - قدم).

تحرض الإصابة بالخمج الفيروسي خلايا الجسم على تشكيل أضداد جوالة في الدم يمكن معايرتها، ويمكن الاستعانة بها في كشف هوية الفيروس وتحديد شدة الإصابة الفيروسية، كما اكتشف أن الخلايا الحيوانية المصابة بإحدى الفيروسات تشكل جسيمات بروتينية سكرية دفيقة ذوابة تدعى الإنترفيرونات interferons، وهي مواد قادرة على منع تكاثر الفيروسات ومقاومة الفيروسات نفسها أو أي نوع آخر

من الفيروسات في الخلايا الحيوانية الأخرى.

# أولاً- القيروسات الحلثية (الهريسية):

عرف لفيروسات الحالا (الهريس) herpesvirus ثمانية أتواع، هي: فيروس الهريس البسيط الأول والشائي VZVorHHv, فيروس المحماق - المتطقة HSVI.HSV2 وفيروس المضخم وفيروس المشخم EBVorHHv, والفيروس المضخم للخالايا والفيروسات - والفيروسات الحللية الإنسانية الملائية الإنسانية الملائية الإنسانية الملائق لفرن كابوزي.

# الحالاً اليسيطة herpes simplex:

لقيروس الحالاً البسيط الذي يدعى أيضاً حالاً الحمى herpes febrilis فعطان مختلفان (نمطا – وتمط ) يميزان مخبرياً، يؤدي فيروس النمط الأول إلى أخماج فموية وأخماج جلدية في حين يؤدي فيروس النمط الثاني إلى أخماج تناسلية وأخماج تتوضع على النواحي الأليوية. لكن فيروس النمط الأول قد يسبب أخماجاً تناسلية كما قد يسبب فيروس النمط الأول قد يسبب أخماجاً فموية من جراء التماس التناسلي الفموي الجنسي.

تحدث العدوى عن طريق التماس المباشر بالأفة أو بوساطة الرذاذ التنفسي وتماس مفرزات الاندفاعات والتقبيل والجماع والولادة.

وغالباً ما تحدث الإصابة الأولى بالحلاً البسيط في سن الطفولة وذلك بعد فترة حضانة تمتد من يومين إلى سبعة أيام. وإن اكثر من ٣٠٪ من المسابين بالفيروس يبقون حملة د.

يكمن الشيروس في العقد العصبية للجذور الخلفية وذلك بعد الإصابة الأولى، وتميل الآفة إلى النكس عدة مرات مكان الإصابة الأولى في بعض الأشخاص؛ مما دعا لتسمية هذا الخمج التالي الحلا البسيط الناكس، أما سبب النكس فيرجح أن يتم بتنشيط الشيروس بآلية الزناد.

وأهم العوامل المؤدية إلى هذا التنشيط هي، التعرض لأشعة الشمس والحيض والرضح الفيزيائي والكرب النفسي، لذا يمكن قسمة أخماج الشيروس البسيط طورين، هما: الخمج الأولى، والخمج الثانوي أو الناكس.

أ- الخمج الأولى: قد تكون الإصابة بهذا الخمج لاعرضية.
 ولا يمكن كشفها إلا بارتفاع مشعر أضداد الغلوبولين الثاعي

G، لكن المظهر السريري الوصفي للأفة يتميز بظهور مجموعة من الحويصلات، حجم الواحد منها بقدر حجم رأس الدبوس، تحتوي سائلاً وتتوضع على قاعدة حمامية مكان التلقيح الذي يكون وحيداً أو متعدداً والذي غالباً ما يتوضع على أماكن الوصل الجلدي المخاطي أو بالقرب منه، ويسبق هذه الاندفاعات حس وخز ونمل وألم، وضخامة العقد اللمفية المجاورة.

يستمر سير الأفة نحو أسبوع، تميل بعده إلى الشفاء من دون تندب إلا إذا طرأ عليها خمج ثانوي، وقد تتوضع الإصابة على أي مكان من الجلد وذلك بعد فترة حضائة تراوح بين ٢ و٦ أيام. فقد يتوضع الحلأ على الشفة (الشكل ١) وقد يتوضع على ذرى الأصابع محدثاً ما يعرف بالداحس الحلئي. (الشكل ٢) الذي كثيراً ما يشاهد في أفراد الهيئة الطبية



الشكل (١) حلاً بسيط على الشفة



الشكل (٢) الداحس الحلتي

(أطباء وأطباء أسنان وممرضات) الذين هم على تماس مع المرضى.

وقد تصاب اللثة والفم بالفيروس مؤدية إلى التهاب اللثة والفم الفيروس مؤدية إلى التهاب اللثة والفم الحلئي (الشكل ٣) الذي يكثر ظهوره في الأطفال، وقد يحدث تقيرس الدم viremia الذي يؤدي إلى التهاب المعدة والأمعاء أو التهاب الدماغ أو إلى خلل الوظيفة الكبدية والكظرية محدثاً الكثير من الوفيات.

المكان المنتقى لتوضع الأفة في النساء هو عنق الرحم حيث تتجلى الإصابة بارتفاع الحرارة وعسر التبول والشر الأبيض والألم التناسلي وضخامة العقد الإربية، وقد تتوضع الإصابة على الأشفار والفرج والبظر.

يعد الحلا الذي يصيب الأعضاء التناسلية عامل خطر لنقل فيروس عوز المناعة المكتسب (الإيدز)، (الشكل ٤) وثبت حديثاً أن المامل المسبب للآفات ما قبل السرطانية أو السرطانية في عنق الرحم هو فيروس الحلا البسيط نموذج الله كما وجد أن ٨٣٪ من المصابات بسرطانة عنق الرحم يحملن أضداد هذا الفيروس.

أما في النكور فإن المناطق الشائعة للإصابة بالحلا في المنطقة التناسلية هي الحشفة والقلفة وجسم القضيب.



الشكل (٣) التهاب الفم الحلثي



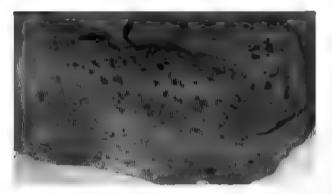
الشكل (٤) حلاً بسيط في مصاب بالإيدز

قد تؤدي إصابة الجنين داخل الرحم بشيروس الحلا إلى تشوهه، وقد يصاب بصغر الرأس أو التهاب الدماغ، وتقل هذه التشوهات إذا أصيب الجنين بعد تكون أعضائه. أما الوليد فإن العامل المسبب للحلا فيه هو شيروس الحلا أأ، وتراوح التظاهرات السريرية فيه بين الإصابة الجلدية الوصفية (الشكل ه) والإصابة الشديدة المنتشرة مع التهاب الدماغ، وشيروس الحلا البسيط هو السبب الأكثر شيوعاً لالتهاب الدماغ،



الشكل (٥) حالاً بسيط في حديث الولادة

ولا تقتصر الإصابة الشديدة المنتشرة على الولدان والخدج، وإنما قد تصيب الرُّضعُ والأشخاص سيئي التغذية والمصابين بداء هودجكن والأمراض المشابهة له (الشكل ٦) والأشخاص الذين توضعت إصابتهم بفيروس الحلأ على آفة جلدية سابقة كالحروق الشديدة والأكزيما التأتبية.



الشكل (٦) حلاً بسيط منتشر عند مضعف الناعة

يصاب ٥٠٪ من الولدان بالحلا حين مرورهم في القناة التناسلية المصابة به، لذلك يجب التفكير في هذه الحالات بإنهاء الولادة بالعملية القيصرية لوقاية الوليد من الإصابة بالتهاب الدماغ أو الحلاً المنتشر.

كما يصيب الحلأ البسيط العين مسبباً التهاب القرنية أو التهاب القرنية والمتحمة، وقد يؤدي التهاب القرنية إلى تشكيل قرحة قرنية تترك ندبة بعد شفائها تعوق الرؤية.

الأكريما الحلثية الشكل (اندفاعات كابوزي الحماقية الشكل): حين يتعرض المصابون بالأكريما التأتبية - ولاسيما الأطفال منهم - للإصابة بالحلا البسيط؛ فإن الخمج بهذا الفيروس يحدث في النواحي المصابة بالتبدلات الأكريمائية، وتتميز هذه الأكريما الحلئية الشكل (الشكل ٧) بأعراض عامة (الصداع وارتفاع الحرارة والتعب) مع ظهور اندفاعات حويصلية مسررة، قد يبلغ حجم الواحدة منها حجم حبة العدس، وقد تتضاعف هذه الأكريما بذات الرئة والقصبات أو بأعراض دماغية.

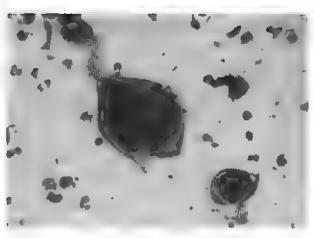
ب- الخمج البسيط الناكس، يعن الميل إلى تكرار الإصابة بالحلا من أهم الصفات الميزة له، ولاسيما إذا كانت الحالة المناعية مضعفة: إذ تتشكل في العضوية أضداد بعد الإصابة الأولى بهذا الفيروس، لكنها غير كافية لمنع النكس، الذي يتم من خلال الرضوح والتعرض للشمس والتغيرات الجهازية (كالطمث أو التعب أو الحمى)، فبعد فترة الحضائة التي تراوح بين ٢ وه أيام تبدأ الإصابة بشعور حس وخز ونمل وألم. يتلو ذلك ظهور حويصلات مسررة إما بشكل إفرادي



الشكل (٧) أكزيما حلثية

واما على شكل مجموعات، وعلى العكس من الخمج الأولي فإن الأعراض الجهازية واعتلال العقد اللمفية نادرة إذا لم يحدث خمج ثانوي. وتعدّ الناحية حول الفم ولاسيما الشفاء من أكثر النواحي إصابة بالحلأ البسيما الناكس كما تشاهد الصورة السريرية للحلأ البسيط الناكس في أي مكان من أمكنة الجسم ولاسيما على الأعضاء التناسلية في كلٍّ من الرجل والمرأة. وتعاني كثير من النساء من الحلأ الطمثي قبل الطمث أو في أثنائه كما يعاني الكثيرون من حلاً الحمي خلال سير الأمراض الحموية (كنات الرقة والنزلة الوافدة والحمي القرمزية)، وقد تحدث في العديد من المصابين بالحلاً البسيط الراجع حمامي عديدة الأشكال بعد ١-١٤٠ يوماً من الإصابة بالخمج الحلئي (وخاصة الحلاً البسيط الشفه»).

التشخيص؛ صورة المرض السريرية نموذجية بالاعتماد على السمات السريرية الدامغة (ألم وحواف حويصلية فعالة ومحيط ناتئ مدبب)، ويمكن الاستعانة باختبار تزانك Tzanck (الشكل ٨) الذي يجرى على لطاخة مأخوذة من



الشكل (٨) لطاخة تزانك الايجابية

قاعدة الحويصلات وملونة بملون غيمزا. حيث تظهر خلايا عرطلة كثيرة النوى وخلايا بالونية منحلة الأشواك في المحضر إذا ما كانت الإصابة حلاً بسيطاً. كما يمكن إظهار الشيروس بالمجهر الإلكتروني، ويستعان بالتألق المناعي المباشر في إظهار التشخيص.

الوقاية: تجنب ثماس آفات الحاذ المفتوحة ومتع التقبيل والاستعانة بالعازل المطاطي.

المعالجة: لا يوجد حتى الوقت الحاضر لقاح واق من الحاذ البسيط، أما المعالجة الجهازية فتكون بـ valacyclovir الذي يعطى بمقدار غرام واحد مرتبن يومياً لمدة عشرة أيام؛ وفي الإصابات الناكسة ١٥٠ ملغ مرتبن يومياً مدة ٣ أيام، أو famciclovir ويعطى في الأفات الناكسة ١٧٥ ملغ مرتبن في اليوم مدة خمسة أيام، أو acyclovir الذي يعطى بمقدار ١٠٠ عملغ كل أربع ساعات في الإصابة الأولية لمدة عشرة أيام. وإن مقاومة دواء واحد من الأدوية السابقة قد يترافق ومقاومة الأدوية الثلاثة.

أما للوقاية من نكس المرض أو الإصابة بالحلأ الناكس فتعطى الأدوية المذكورة أعلاه يومياً وبمقادير تبلغ نصف المقادير التي تعطى في المعالجة.

المعالجة الموضعية، تستعمل المطهرات والمراهم المضادة للغيروس مثل acyclovir، ويتقى الحلا الشفوي من الشمس بكريم غير شفاف مثل أكسيد الزنك، وقد تفيد المعالجة بالإيميكيمود في مداواة الأفة.

# ٧- الحماق والحلأ النطاقي:

#### أ- الحماق varicella:

خمج أولي بقيروس الحماق - المنطقة، لذا يعد التظاهرة الأولى للإصابة بقيروس الحماق - المنطقة في شخص ليس لديه أضداد تجاهها . أما الحلاً النطاقي فينجم إما عن عدوى

حديثة بالقيروس المذكور وإما بسبب تضعيل فيروساته الهاجعة في الجذر الخلفي الحسي لخلايا العقدة العصبية لذى نقص المناعة الجزئي التي أحدثها الخمج الأولي، وإن الشكل البنيوي للقيروسات المستحصلة من آفات الحماق يتطابق والشكل البنيوي للفيروسات الحلاً النطاقي.

الإمراض: تتم العدوى بالتماس المباشر أو عن طريق الرذاذ الصادر عن الطريق التنفسي، وتحدث العدوى من المخموج قبل أربعة أيام على الأقل من ظهور الاندفاعات حتى بعد ٥ أيام من ظهورها، وهو مرض الأطفال عموماً، لكنه قد يصيب البالفين إذا لم يصابوا به في صفرهم.

الموجودات السريرية؛ بعد فترة حضائة تبلغ وسطياً ١١ يوماً ترتفع الحرارة يرافقها صداع ودعث، ثم تظهر الأعراض، وتكون شديدة كلما تقدم عمر المصاب، وتتجلى ببقع حمامية، تتطور إلى حطاطات صغيرة، ثم تتحول إلى حويصلات، يراوح قد الواحد منها بين ١ و٣ ملم، وذلك خلال ساعات قليلة (الشكل ٩)، تتوضع الاندفاعات على كامل الجسم ماعدا اليدين والقدمين، كما تصاب أغشية الفم المخاطية والمخاطية التناسلية، كما تصاب الملتحمة في بعض الحالات. تستمر الاندفاعات عدة أيام، ثم يتمكر محتوى الحويصلات، وتتحول إلى جلبات، تتساقط بعد نحو أسبوعين (الشكلان

وإذا ما أصاب هذا المرض شخصاً مضعضاً مناعياً؛ فإن أعراضه وسيره يكونان أشد، وقد يؤدي إلى الوفاة.

التشخيص؛ يشخص المرض سريرياً بسهولة، ويمكن إجراء لطاخة تمكن من رؤية الخلايا المرطلة عديدة النوى، ويؤكد

التشخيص بالتألق المناعي الباشر أو بالمجهر الإلكتروني.

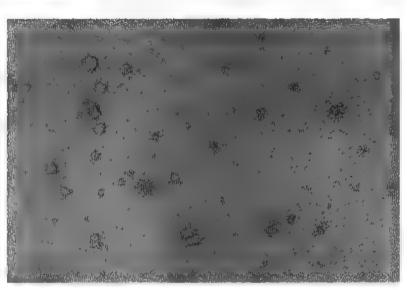
المضاعفات: قد تحدث المضاعفات التالية: خمج الاندفاعات الثانوي والتهاب دماغ وذات الرئة والتجفاف والتهاب كبد والفرفرية بنقص الصفيحات، وقد يصاب الريض بمتلازمة ري Reye (التهاب الكبد واعتلال الدماغ الحاد) إذا ما استخدم الأسبرين في المعالجة؛ لذا يعد الأسبرين مضاد استطباب مطلقاً في معالجة الحماق، كما تؤدي إصابة محصول الحمل خلال الأسابيع العشرين الأولى



الشكل (١٠) حماق على الظهر



الشكل (١١) حماق على الوجه



الشكل (٩) مراحل مختلفة للاندفاعات

من الحمل إلى التشوهات الجنينية (متلازمة الحماق الولادي).

لقاح الحماق: ينصح بإعطاء جرعة مفردة من لقاح الحماق للمصابين بعمر سنة إلى سنتين وإعطاء جرعتين للمصابين بعمر ه سنوات أو أكثر بفاصل 4-٨ أسابيع.

الوقاية: صعبة بسبب السراية الشديدة، لكن يجب تلقيح الأطفال ومضعفي المناعة - قبل التثبيط المناعي الذي يحدث لديهم حين الشروع بإعطائهم المعالجات الكيميائية - بلقاح جدري الماء.

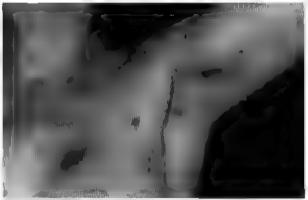
المالجة؛ المالجة عرضية، وتتكون من مطهرات خارجية وخافضات حرارة عدا الأسبرين، وأدوية مضادة للتحسس داخلياً، أما الأدوية الأخرى المضادة للشيروسات؛ فتشمل إعطاء acyclovir، وذلك بمقدار ١٥ ملغ/كغ كل ٨ ساعات مدة ٧ أيام، وإن إعطاء هذه الأدوية للكبار والمسابين بنقص المناعة ينقص من زمن الشفاء وشدة الأعراض.

# ب- الحالاً النطاقي herpes zoster:

يسمى أيضاً داء المنطقة zona والحزام الناري shingles.

الحلاً النطاقي هو الإصابة الثانية أو إعادة تضميل
الفيروسات الحلئية الحماقية النطاقية الهاجعة والمتوضعة





الشكل (١٢) حلاً نطاقي

في الجذر الخلفي الحسى تخلايا العقدة العصبية.

أسباب تفعيل الشيروس غير معروفة، ولكن قد يكون للتثبيط المناعي وللعمر شأن في ذلك، علماً أن الإصابة بهذا المرض تزداد نسبتها مع تقدم عمر الإنسان.

التظاهرات السريرية: يتظاهر الحاذ النطاقي بمجموعات من الحويصلات التي تتوضع على سطح حمامي، وتكون وحيدة الجانب (منطقي)، وتمتد على مسير التوزع العصبي للأعصاب القحفية أو الشوكية (الشكل ١٢).

وغالباً ما يسبق الطفح الجلدي بيوم أو حتى أربعة أيام بوادر من التوعك والتعب والآلام العصبية في الشاحية المُوافقة للعصب، والتي كثيراً ما تشخص خطأً بذات الجنب أو احتشاء العضلة القلبية أو التهاب الزائدة أو التهاب الرارة. وقد تكون اندفاعات الطفح ممزولة بعضها عن بعض أو متصلة لتغطى كامل القطاء، وقد تصبح نزفية أو نخرية أو فقاعية. أما الألم المرافق لها؛ فيتناسب وامتداد الاندفاعات، كما ويكون الأثم مضرطاً في كبار السن، تتعلق المدة الكلية للاندفاعات بثلاثة عوامل، هي: عمر المريض، وشدة الطفح، ووجود التثبيط المناعى، فتراوح مدة شفاء الشياب بين أسبوعين وثلاثة أسابيع في حين يتطلب الشفاء في كبار السن نحواً من سنة أسابيع، إضافة إلى التندب الذي قد تخلفه الاندفاعات، ويكون أكثر شيوعاً في كبار السن ومثبطي المناعة، كما أن المرض يتطور في مثبطي المناعة (هودجكن وابيضاض الدم والإيدز والذين أجرى لهم زرع أعضاء والمالجين كيميائياً) أكثر من نظرائهم في العمر نفسه،

# توضعات خاصة للحلأ النطاقي:

(١)- الحلا النطاقي المنتشر disseminated: (الشكل ١٣) أكثر ما يحدث في الكبار والمضعفين ولاسيما في مرضى



الشكل (١٣) الحاذ النطاقي المنتشر



الشكل (١٤) الحلأ النطاقي الميني

الخباثة الشبكية اللمفية أو المسابين بالإيدز؛ إذ يتعمم الطفح على كامل الجسم، كما قد يحدث انتشار حشوي إلى الرئتين والجملة العصبية المركزية.

(٢)- الحلا النطاقي العيني: (الشكل ١٤) تتوضع الآفة فيه على مسار الفرع الأول للعصب مثلث التوائم، وتظهر الاندفاعات على النصف العلوي من الجبهة والجزء الجاور من الفروة والعين. أما الاندفاعات التي تتوضع على جانب الأنف أو جذره (علامة Hutchinson) - وهي ناجمة عن إصابة العصب الهدبي- فترافقها اختلاطات عينية خطرة، تتظاهر بالتهاب القرنية الخلالي أو التهاب القزحية أو التهاب ظاهر الصلبة أو زرق أو التهاب العصب البصري أو التهاب الدماغ أو الفالج الشقى أو نخر الشبكية.

(٣)- الحلا النطاقي الأذني؛ ينجم عن إصابة المصبين الوجهي والسمعي، ويتجلى بمتالزمة رامسي هانت التي يبدو أن سببها إصابة المقدة الرقبية، وإعراض هذه المتلازمة هي الدفاعات حويصلية على الأذن الخارجية أو غشاء الطبل، يرافقها شلل وجهي في الجانب نفسه الذي تظهر فيه الإصابة، أو ترافقها - إضافة إلى الشلل - اضطرابات سمعية تتضمن الطنين والصمم والدوار.

(1)- الحالاً النطاقي العجزي: تصاب فيه الأعصاب

العجزية S3-S4-S3 مؤدية إلى حدوث المثانة العصبية وتردد التبول أو احتباس البول التام.

المضاعفات: تحدث المضاعفات الجدية بعد أسابيع أو أشهر (وسطياً 7 أسابيع) ضمن إصابة الفرع الأول للعصب مثلث التوائم: ذلك أن الثيروس يتقدم على طول الفرع ضمن القحف ليصل إلى الجملة العصبية المركزية، ويصيب شرايين الدماغ، وتتظاهر الإصابة بصداع وفائج شقي، وقد يحدث شلل الأعصاب المحيطية أو التهاب الدماغ أو التهاب النخاع أو متلازمة الخزل الشقي في الجهة المقابلة.

# الآلام المصبية عقب الرض:

- الألم أكثر مراضة، ويدوم أكثر من ٣٠ يوماً بعد الاندفاع.
  - تتزايد نسبة انتشار الألم ودوامه مع تقدم العمر.
- قد يبقى الألم محصوراً في القطاع الجلدي شهوراً أو سنوات بعد غياب الاندفاعات.

التشخيص؛ غالباً ما يكون المظهر السريري كافياً للتشخيص كما يمكن الاستعانة بكل من لطاخة تزانك والومضان المناعي المياشر. أما اختبار تضاعل سلسلة البوليمراز (PCR) ومحدان (PCR) فيكون إيجابياً بنسبة ٩٧٪، وقد تلتبس الأعراض المتقدمة للحلا النطاقي وآلام خناق الصدر والقرحة العضجية والقولنج الصفراوي أو الكلوى وألم الجنب.

اللقاحات: ثم تطوير عدة لقاحات، لكن أحدثها لقاح Zostavax النبي يستخدم للوقاية من الحلأ النطاقي، ويعطى للرجال والنساء بعد عمر الستين بجرعة وحيدة تحت الجلد،

المعالجة، تقوم على الراحة وتطبيق الحرارة الموضعية مثل وسائد التسخين الكهربائي- وزجاجات الماء الساخن على مكان الإصابة كما تطبق موضعياً علاجات مجففة مثل برمنفات البوتاسيوم بشكل ضمادات رطبة ويعض المركبات التي تحتوي مخدراً موضعياً – ومضادات الشيروس مثل أسيكلوفير، أما داخلياً فتقوم المعالجة على إعطاء المسكنات ومضادات الشيروسات الفموية مثل فامسيكلوفير famciclovir و والاسيما لمثبطي ومضادات الفيروسات الفموية مثل فامسيكلوفير acyclovir والمتعلى بمقدار المتاعة. كما يفيد الفابابانتين gabapentin الذي يعطى بمقدار المراكة في الموم مع احتمال زيادة جرعته فيما بعد، ويمكن السراكة ومضادات الكآبة ثلاثية الحلقة.

# ۳- شيروس إبشتاين - بار E.B.VOr HHv4:

ينحاز شيروس إبشتاين بار - الذي هو أحد الشيروسات الحلئية - إلى اللمفيات البائية وبعض الخلايا الظهارية، ويؤدى إلى للفومات وإلى الطلوان المشعر، وقد يكون واحداً

من الفيروسات المسببة لمتلازمة جياتوني كروستي - Gianotti Crosti syndrome.

الاستمال الشيروسي المضحم للخلايا CID) HH5 داء الاستمال الشيروسي المضحم للخلايا:

يوجد داء الاشتمال بالشيروس المضخم للخلايا في حديثي الولادة ويكون في ٩٠٪ منهم من دون أعراض، وهو يتصف بضخامة الكبد والطحال واليرقان والتكلسات الدماغية والتهاب الشبكية والمشيمية وصفر الدماغ والتخلف المقلى.

أما تظاهراته الجلدية فتنجم عن نقص الصفيحات الدموية متجلية بحبر وفرفريات وكدمات، ومن النادر جداً حدوث طفح حويصلي معمم. وقد تصيب الآفة المغدد اللعابية فقط (لذا تعرف الآفة بداء فيروس الغدد اللعابية)، العابية فقط (لذا تعرف الآفة بداء فيروس الغدد اللعابية)، أما إصابة البالغين أسوياء المناعة بالخمج الأولي للفيروس المضخم للخلايا فتتظاهر بشكل طفح شروي أو حصبوي أو حمامي. ويحدث الخمج في البالغين عن طريق الأطفال المخموجين أو بالانتقال الجنسي أو عن طريق نقل الدم المخموج واستخدام الأمبسيلين والأموكسيسلين للمصابين بالخمج الحاد بالفيروس مضخم الخلايا يؤدي إلى طفح جبار الحاد والخمج بالفيروس مضخم الخلايا شائع في حسبوي الشكل يشابه الطفح الذي يحدث في خمج إبشتاين المصابين بالإيدز، ويؤدي وعلى نحو متواتر إلى التهاب المسابين بالإيدز، ويؤدي وعلى نحو متواتر إلى التهاب الشبكية والتهاب المغراوية

وقد ثبت شأن هذا الفيروس في التقرحات حول الشرح والتقرحات الفموية فقط، إذ إنه يوجد في التقرحات حول الشرج المؤلمة جداً متوضعاً في الأعصاب الموجودة في تلك التقرحات.

التشخيص: يمكن كشف أضداد القيروس المضخم للخلايا (CMV) بالتألق المناعي: ويصعب تمييزه من قيروس الحالأ البسيط وقيروس الحماق القيروسي المنطقي.

المالجة: لا توجد معالجة مغيدة.

# ٥- خمج القيروسات الحلئية الإنسانية ٢-٧:

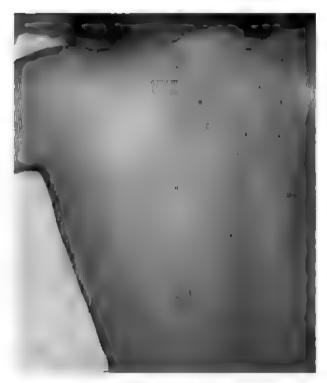
خمج القيروسات roseola infaction أو الطفح الفجائي أو الوردية الطفلية moseola infantum أو الطفح الفجائي يظهر في الأطفال مترافقاً وخمج القيروسات الإنسانية ٢-٧ الأولي. تبدأ الأفة في الرضع بعد فترة حضائة ٣-٧ أيام بارتفاع حرارة مفاجئ يراوح بين ٩٨٠٠ أوه, ٤٠ ترافقه اختلاجات

وضخامة عقد بلغمية، ثم تنخفض الحرارة بسرعة في اليوم الرابع وعلى نحو مفاجئ، ويرافق انخفاض الحرارة ظهور حمامي حصبوية الشكل بلون زهري وردي. ويصيب الطفح الحمامي الجذع والرقبة أولاً ثم الأطراف عافاً عن الأغشية الخاطية التى تبقى سليمة.

تزول الحمامي تماماً خلال يوم إلى يومين.

يعتقد أن هذه الأفة تنجم عن الفيروسات الإنسانية نمط ٢-٧ (الشكل ١٥)، أما العدوى به فتتم عن طريق المضرزات البلعومية الأنفية، وتقع النروة العليا لإصابة الأطفال في الشهر الثاني من العمر.

الإندار؛ جيد، والمناعة دائمة عقب الشفاء من المرض. المالجة: عرضية.



الشكل (١٥) الطفح الفجائي

# ۱- طيروس الحلاً البشري الشامن human herpesvirus

يوجد غيروس الحلا البشري الثامن فعلياً في جميع المرضى المسابين بغرن كابوزي بما فيهم المسابون بالإيدز كما يوجد في اللعاب وفي خلايا الدم الجوالة وفي السائل المنوي في المرضى المحموجين، ويوجد في الشركاء متفايري الجنس من المسابين بهذا الفيروس نسب عالية مصلية لفيروس الحلا البشري الثامن؛ مما يشير إلى أن هذه المظاهر الوبائية تدعم بقوة طريق الانتقال الجنسي كأحد الأليات المهمة في

انتقال هذا المرض، لكن وجود عدد مهم من أخماج الفيروس الحلني البشري الثامن في الأطفال قبل البلوغ يشير إلى وجود طرق غير جنسية أيضاً لانتقال هذا المرض، كما ينتقل الفيروس على نحو ضعيف بطريق الدم (الإيدز والذين يتعاطون أدوية مخدرة عن طريق الدم).

شانیاً- متلازمة جیانوتی کروستی Gianotti-Crosti: syndrome

وتسمى كنائك التهاب جلد الأطراف الحطاطي الطفلي والمتلازمة الحطاطية الحويصلية طرفية التوضع.

تتصف متلازمة جيانوتي كروستي الخمجية - التي تصيب الأطفال بعمر ٢-١ سنوات، وتندر إصابة البالغين بها- بطفح حطاطي حويصلي، قطر الحطاطة الوسطي ١-١٠٨ملم: ويظهورها الغجائي وسيرها المحدد واللاعرضي. تتوضع هذه الحطاطات بشكل متناظر على كلّ من الوجه والأليتين والأطراف عافة عن الأغشية المخاطية (الشكل ١٦)، وتتضخم العقد البلغمية ولاسيما الأربية والإبطية ضخامة معتدلة مدة شهرين إلى ثلاثة أشهر، وتكون ضخامة المطحال إن وجدت خفيفة، ونادراً ما تستمر طويلاً، أما الكبد فيضخم ويبقى متضخماً لكنه غير ممض.

السببيات: ترافق هذه المتلازمة خمجاً هيروسياً في الجسم كالتهاب الكبد بحمة التهاب الكبد -ب- (المستضد الأسترالي)، ويكون هذا الالتهاب من نمط الالتهاب الكبدي الحاد اللايرقاني، لكن اليرقان قد بيداً بالظهور بعد عشرة أيام من



الشكل (١٦) التهاب جلد الأطراف الحطاطي الطفلي

بدء الطفح الجلدي الذي يبدأ مع الالتهاب أو بعده بأسبوع حتى أسبوعين.

يبدي الفحص الدموي: ارتضاع عيار SGPT - SGOT والألدولاز والفوسفاتاز القلوية.

المالجة: لا توجد معالجة تقصر سير المرض وهو يشفى تلقائداً.

ثالثاً- زمرة الثيروسات البيكورناوية: وتشمل:

ا- داء اثيث والقدم والغم hand- foot- and- mouth: disease

خمج فيروسي شديد العدوى ينجم عن فيروس كوكساكي . A16 وذكرت حوادث نجمت عن الشيروسات المعوية .enterovirus

يتظاهر هذا الداء بحويصلات قيحية حادة تتوضع في الضم ويتشكلات حويصلية تتوضع على الراحبتين والأخمصين.

الإمراض؛ ينتقل القيروس عن طريق مضررات البلموم الأنفى والطرق التنفسية.

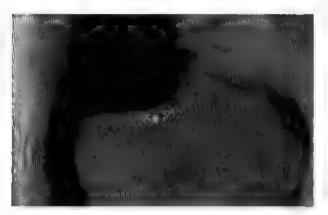
الموجودات السريرية: بعد دور حضانة يراوح بين ٤ و٦ أيام تظهر حويصلات في البلعوم والحنك واللسان والشفتين، سرعان ما تتحول إلى تأكلات، وتظهر في الوقت نفسه حويصلات بيض على جلد محمر على الراحتين والأخمصين والأباخس، وقد ترتفع الحرارة ارتفاعاً خفيفاً في صفار



الشكل ( ١٧- أ) حويمبلات على اليد



الشكل ( ١٧- ب) حويصلات على القدم



الشكل ( ١٧- ج) حويصلات على الفم في داء اليد والقدم والفم

الأطفال (الشكل ١٧).

السير: سير المرض محدد، ويشفى من دون معالجة خلال عشرة أبام.

المالجة: عرضية تقوم على استخدام محاليل الضم المطهرة اللطيفة، وتعطى كذلك مركّبات أسيكلوفير بمقدار ١٠٠-٢٠٠ ملغ خمس مرات يومياً مدة خمسة أيام.

:erythema infectiosum الحمامي الخمجية -۲

ويسمى كذلك الداء الخامس والحمامى الخمجية، داء أولي غالباً ما يصيب الأطفال الصغار، وتحدثه الفيروسات الصغيرة B<sub>10</sub> Parvovirus.

الموجودات السريرية: بعد فترة حضانة تبلغ ٤-١٤ يوماً يظهر طفح جلدي يرافقه ارتفاع الحرارة من دون أعراض

بادرة، أو أعراض عامة. أما الطفح فيكون بشكل لويحات حمامية وذمية متداخلة تتوضع على الخدين (الخد المصفوع - الملطوع - Slapped cheeks)، كما تظهر اندفاعات حمامية وحطاطية متداخلة لها منظر شبكي على أنحاء الجسم الأخرى، ومن الشائع أن ترافق الإصابة آلام مفصلية أو التهاب المفاصل. يزول الطفح بعد أسبوع دون أن يترك عقابيل (الشكل ۱۸).

يتوضع الثيروس في السبيل التنفسي، وتنتقل العدوى بالإرذاذات التنفسية بعد دور الحضانة. وقد يحطم الثيروس  $B_{19}$  طليعة الخلايا الحمر مؤدياً إلى نوبات من عدم تصنعها في النقي.

الإندار؛ حسن، لكن الإصابة في أثناء الحمل قد تؤدي إلى الإجهاض أو إلى استسقاء رأس الجنين، أما في الكهول فقد تؤدي الإصابة إلى نوبات نقص تصنع النقي من جراء تحطيم طليعة الخلايا الحمر.

التشخيص؛ يعتمد على الصورة السريرية كما يلاحظ، زيادة الحمضات زيادة طفيفة في الدم المحيطي.

المالجة: عرضية.



الشكل ( ١٨) الحمامي الخمجية

# الله كاوازاكي Kawasaki disease:

مرض حاد يتظاهر في الطفولة الباكرة بطفح ظاهر وطفح باطن إضافة إلى تظاهرات داخلية وتبدلات العقد البلغمية، ويفترض فيه مسؤولية القيروسات والجراثيم (الجراثيم البروييونية).

الموجودات السريرية، يبدأ المرض بحمى معندة على الصادات تدوم أسبوعاً إلى أسبوعين، كما يظهر التهاب الملتحمة ومخاطية الفم على شكل جفاف الشفتين واحمرارهما والتهاب الفم والبلعوم، ويبدي الجلد طفحاً عديد الأشكال يشبه الحمى القرمزية، كما تشاهد حمامي متناظرة في الراحتين والأخمصين؛ يرافقها تضخم العقد اللفمية الرقبية الأمامية، إضافة إلى ظهور طفح نموذجي حول الشرح.

الأعراض، ترتبط الأعراض على نحو مبهم بالتبدلات المجموعية مثل التهاب العضلة القلبية والتهاب الشرايين الإكليلية (أم دم إكليلية، واحتشاء العضلة القلبية والإسهال والألام البطئية والألم المصلى أو التهاب المفصل).

الموجودات المخبرية: بيلة بروتينية وبيلة كريات بيض وزيادة الكريات البيض وارتفاع الغلوبولين المناعي، وترتفع أحياناً ناقلات الأمين.

الإندار: حسن في الإصابة الحادة المألوفة، وتبلغ تسبة الوفيات ١٨-٢٧، وتعزى إلى أم دم في الشريان الإكليلي.

المعالجة: عرضية بإعطاء الساليسيلات غائباً (٣٠١٠١ ملغ/كغ) من الوزن أسبوعياً مدة شهرين، وإعطاء الغاما غلوبولين وريدياً إضافة إلى الساليسيلات قد يقي من إصابة الشريان الإكليلي.

# رابعاً- زمرة القيروسات الجدرية poxvirus group:

هي فيروسات من نمط الدنا ذات وزن جزئي كبير، يراوح قطرها بين ٢٠٠ و ٢٠٠ نانو متر، وتشمل كلاً من فيروسات الجدري وفيروس الوقس الذي يستخدم للتلقيح ضد الجدري وفيروس جدري البقر وفيروسات الميساء المعدية ذات العلاقة الكبيرة بالفيروسات الجدرية.

#### ۱- الجدري الكيير variola:

وقد تم القضاء عليه في انحاء العالم عام ١٩٧٧ : وبالتالي فإن لقاح الجدري الرسمي عاد غير مستعمل حالياً، لذلك سيُضرب صفحاً عن ذكره، ويُتكلم عن كلِّ من جدري البقر والليساء المعدية والأورف وعقيدات الحلابين.

#### ۲- جدري البقر cowpox:

هو خمج نادر بفيروس جدري البقر، ينتقل إلى الإنسان

عن طريق القوارض والحيوانات الأهلية مثل القطط.

الموجودات السريرية، يُظهر مكان تلقيح الشيروس (الأصابع واليدين عادة) حطاطة واضحة الحدود تكبر، ويتسرر مركزها بتنخر نزفي، وبعد ذلك تتشكل الجلبات (النقطة السررة). تشفى هذه الاندفاعات تاركة ندبة خفيفة. وبما أن نسبة التلقيح ضد الشيروسات الجدرية السوية لان التأثير المرض للإنسان وذات العلاقة القريبة بالشيروس السبب للجدري - قد قلت، وذلك منذ أن امتنع العالم عن إعطاء اللقاح المضاد للجدري؛ لذا يبقى خطر الإصابة بجدري البقر موجوداً في الأشخاص غير المنقحين، وغالباً ما تترافق الإصابة الجلدية وارتفاع المحرارة والتهاب الأوعية ما تترافق الإصابة الجلدية وارتفاع المحرارة والتهاب الأوعية اللمفية وضخامة العقد اللمفية الموافقة.

المالجة: مطهرات موضعية وإعطاء صادات مختلفة للوقاية من الإنتان الثانوي.

# :molluscum contagiosum الليساء المدية

العامل المعرض في المليساء المعدية فيدوس ينتمي إلى مجموعة الفيروسات الجدرية، وهو ذو حجم كبير تسبياً، أقطاره نحو ٢٢٠×٢٠ نانو متر، ولفيروس المليساء المعدية أربعة أنماط (١-٤)، لكن النمط الثاني منه هو الذي يسبب معظم أخماج المليساء المعدية في المخموجين بفيروس عوز المناعة المكتسب (الإيدز).

تراوح فترة الحضانة بين أسابيع حتى أشهر، أما العدوى فتنتقل بسهولة بالتماس المباشر من جلد إلى آخر وعن الطريق الجنسي في البالغين. يدخل الشيروس الجلد عبر تفرق بشروي، ويكون ثلثا المرضى بعمر أقل من عشر سنوات. الموجودات السريرية: تتظاهر المليساء المعدية بحطاطات لؤلؤية الشكل قاسية مسررة تتوضع على جلد سليم، وقد تتوضع على جلد سليم، وقد تتوضع على شكل خطي (ظاهرة كوبنير الكاذبة). وإذا ما ضغطت الحطاطة بوساطة ملقط تخرج من مركزها كتلة بيضاء دهنية، إذا ما فحصت هذه الكتلة تحت المجهر شوهدت بيضاء دهنية، إذا ما فحصت هذه الكتلة تحت المجهر شوهدت بنيات بيضوية الشكل ذات لون متجانس عديمة النوى تدعى الجسام المليساء، وهي خلايا بشروية مصابة بالشيروس. ويشير التهاب الجلد الذي قد يطرأ على محيط الاندفاعات إلى التهاب الجلد الذي قد يطرأ على محيط الاندفاعات إلى

على الوجه والمنطقة الثناسلية، وقد تتوضع الاندفاعات على حافة القضيب والملتحمة والقرنية، وقد تحدث إصابات على مخاطية الفم والمخاطية التناسلية. وغالباً ما تكون اندفاعات

المناعي والتهاب الجلد التأثبي واستخدام الستروئيدات

القشرية (الشكل ١٩). وأكثر ما تتوضع اندفاعات المليساء

الليساء المعدية حاكة؛ مما يؤدي إلى تزايد عددها من جراء العدوى الذاتية الناجمة عن الحكة. ويمكن الكشف عن وجود أضداد جوالة مضادة لهذه المستضدات في ٩٠٪ من المرضى، وذلك باستخدام تقنيات التألق المناعي، وقد تنتشر الاندفاعات الخاصة بالليساء على شكل دخني في المضعفين مناعياً والبالغين المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب.

المعالجة؛ تعصر الحطاطات بملقط، ثم تطبق المطهرات، ويمكن كي الاندفاعات إذا ما كانت قليلة العدد بالأزوت السائل، أو تمس الاندفاعات بمحلول الترتينوئين موضعياً أو يطبق عليها حمض الخل ثلاثي الكلور بنسبة ٣٥٪. وقد ثبتت فعالية المعالجة بالإيميكيمود، وكذلك فائدة تطبيق ٥ فلوريوراسيل على الاندفاعات.



(الشكل ١٩) المليساء السارية

# 1- الأورف orf:

تسمى كذلك الأكتيمة المدية وجدري الأغنام.

الأورف داء ينجم عن شيروس الأورف الذي يوجد على نحو مستوطن في الأغنام، وينتقل إلى الإنسان عن طريق التماس مع أفات الأغنام المصابة، وقد لوحظت كثرة انتشاره في سورية في فترة ما بعد عيد الأضحى: وذلك من جراء ملامسة ربات البيوت رؤوس الأغنام وقوائمها حين غسلها بغية طبخها، والانتقال من إنسان إلى إنسان نادر، وأكثر

المناطق إصابة ظهر الأصابع والأيدي، حيث يتظاهر المرض بعد فترة حضانة تبلغ نحو أسبوع بشكل عقيدة حمراء بارزة ذات سطح حليمومي مفردة عادة، تتسطح في النهاية: لتشكل جلبة جافة، ثم تشفى عفوياً خلال ٢ أسابيع تاركة ندبة في مكانها (الشكل ٢٠).

يشيع في هذه الأفات حدوث الخمج الجرثومي الثانوي، وكثيراً ما يرافقها ضخامة العقد البلغمية الناحيَّة.

الإندار؛ جيد، ولا تخلف الإصابة مناعة ما.



الشكل ٢٠) الأورف

# ه– عقيدات الحلابين milkers nodules:

وتسمى كذلك جدري الحلابين وعقيدة نظيرة الوقس والثهاب الفم الحطاطي البقري.

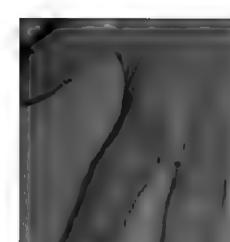
خمج عقيدات الحلابين مرض مهني في كل أنحاء العالم في الحلابين أو الأطباء البيطريين، وينتقل بمس ضروع الأبقار المخموجة أو خطومها، ينجم عن شيروس ذي شكل لولبي يراوح حجمه بين ٢٠ او ٢٨٠ نانو متر.

الموجودات السريرية؛ بعد فترة حضائة تبلغ ٥-٧ أيام تظهر عقيدات نصف كروية وحيدة أو متعددة على أيدي الحلابين بحجم حبة البازلاء، وغالباً ما تكون زرقاء ضارية للحمرة مع غطاء أسود، وذات سطح قاس لماع يحيط بها جلد سوي (الشكل ٢١).

اثتشخيص؛ يتم الكشف عن الفيروس باستخدام المجهر الإلكتروني.

المالجة: عرضية بتطبيق معالجات مجفضة. وتتراجع هذه العقيدات خلال أسبوعين ولو من دون معالجة.

خامساً - زمرة القيروسات البابوطية papovavirus group: تعدّ بعض الفيروسات التابعة للفيروسات البابوطية من العوامل المكونة للأورام، وتتميز زمرة هذه الفيروسات بالنمو



الشكل (٢١) مقيدات الحلابين

البطيء والتضاعف ضمن النواة، وقيروس الثؤلول أو الحليموم هو الوحيد من هذه الزمرة المرض للإنسان في حين تصيب بقية قيروسات هذه الزمرة مختلف الحيوانات.

الأحماج الجلسة بالفيروسات المليمومية الإنسانية human papilloma virus منتشرة بكثرة في الإنسان مؤدية إلى اندفاعات سريرية سليمة ومتنوعة على الجلد والأغشية المخاطبة، وقد يكون لها شأن في تكوين الأورام، وقد عرف حتى الآن أكثر من ١٥٠ نمطاً من الفيروسات الحليمومية الإنسانية (ف.ح. إ) ترافقها آفات سريرية مختلفة، تتعلق التظاهرة السريرية للافة بنمط الفيروس السبب لها.



اتشکل (۲۲)

أ- ثؤلول أصبعي خيطي متوضع على الجمن العلوي، ب- ثآليل شائعة متوضعة على ظهر أصابع اليد

حين تتوضع القيروسات على الأغشية المخاطية المختلفة يكون شكل الأخماج حليمومياً في حين يكون شكلها لقمومياً حين توضعها على الأغشية المخاطية التناسلية.

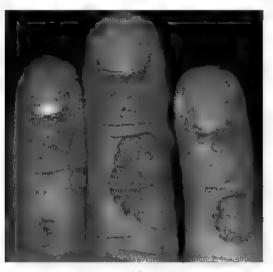
التظاهرات السريرية: ثلاً خماج الجلدية بـ(ف.ح.() خمسة أشكال سريرية هي:

#### الثاليل الشائمة common warts:

وتمثل نحو ٧٠٪ من جميع الثآليل الجلدية التي تصيب الإنسان، أكثر ما تحدث في الأطفال في سن الدراسة، وتشاهد بكثرة في القصابين والخبازين وعمال المسالخ وتجار الأسماك. والثآليل الشائعة تكاثر بشروي سليم ينجم عن (ف.ح. أ) التي تخمج الجلد والأغشية المخاطية، وتتظاهر بعد فترة حضانة تراوح بين لا أسابيع وثمانية أشهر باندفاعات مطاطية بلون لحمي رمادي إلى البني ذات حدود واضحة وسطح مفرط التقرن، وقد يكون متشققاً. قد يكون الثؤلول مفرداً أو متعدداً، وقد يتوضع على أي منطقة من الجسم مثل الجذع والملتحمة وفوهتي الأنف، ولكنه حين يتوضع على جلد الأجفان أو حول الغم والذقن يصبح على نحو خاص يسمى الثؤلول الخطي الشكل. وأكثر ما تتوضع الثآليل في يسمى الثؤلول الخطي الشكل. وأكثر ما تتوضع الثآليل في

الوباليات: تتم العدوى بالتماس المباشر ولاسيما إذا كان الجلد متهتكاً ومتسحجاً، وتنجم العدوى الداتية عن التلقيح الذاتي.

وتتعمم هذه الثآليل في المصابين بعيوب مناعية (داء الثآليل المعمم) كما هو الحال في المصابين بالإيدز أو الذين يعالجون بمثبطات المناعة: أما الأطفال المصابون بأكزيما



تأتبية فتظهر فيهم هذه الثآليل بأعداد هائلة نتيجة العدوى الناتية للأكزيما التي يعانون منها، ومن جراء استعمال الراهم الستروئيدية (الإكزيما الثؤلولية).

السير: قد تشغى هذه الثآليل الشائعة عضوياً بعد مدة تراوح بين عدة أسابيع أو أشهر حتى سنوات.

#### r الثآليل الأخمصية: plantar warts

تصيب أخمص القدمين، وهي بالحقيقة شكل من الثاليل الشائعة، أكثر ما تظهر في الأماكن التي يحدث عليها ضغط ثقل الجسم (مناطق عظام الأمشاط)، لكنها قد تنتشر على أخمص القدم دون أن ترتبط بأماكن الضغط.

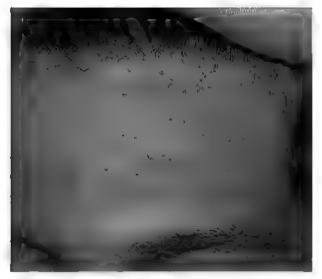
قد تكون هذه الثآليل وحيدة أو متعددة، وقد تتداخل ويندمج بعضها ببعض، فتبدو كأنها اندفاع وحيد واسع، وتعرف هذه الحالة باسم الثآليل المزينة. ومنها ما يكبر، ويتظاهر باندفاعات حطاطية تقرنية بلون الجلد يلاحظ فيها نقاط سود (الشكل ٢٣). وهذه الثآليل الأخمصية معدية على نحو خاص؛ وتتم العدوى بها في الأماكن العامة حيث يمشي فيها الناس حفاة كالمسابح والحمامات العامة وملاعب الجمباز.

# ٣- الثأليل المسلحة أو الفتوية verruca plana:

هي فرط تكاثر جلدي سليم ناجم عن خمج بالشيروسات الحليمومية الإنسانية، غالباً ما تصيب الأطفال والبافعين. الموجودات السريرية، يتجلى هذا النوع من الثاليل بحطاطات بشروية مسطحة تماماً بقطر ١-٤ ملم (الشكلة). تظهر على الوجه وناحية اللحية خاصة؛ لحدوث العدوي بطريق الحلاقة، كما قد تظهر في النساء اللواتي



الشكل (٢٣) ثأثيل أخمصية



الشكل ٢٤) ثأثيل مسطحة على الجبهة

يحلقن أشعار الساق نتيجة التلقيع الناتي، وعلى ظهر الأصابع واليدين والعصمين عامة. وهي حطاطات مدورة أو بيضوية الشكل، قليلة الوضوح بسبب لونها الرمادي أو الرمادي الضارب للصفرة، سطحها قليل التقرن، وقد تكون بلون القهوة الضارب للبني قليلاً.

السير والإندار؛ مقاومة على الماتجة.

# :- الأورام اللقمية المؤنفة condyloma accuminata-

تبدو بشكل بروزات صغيرة، تتضاعف لتشكل مجموعات تنبئية واسعة، ذات ثون رمادي أصفر شاحب أو وردي. تنتقل الثآليل التنبتية الشكل التناصلية جنسياً، وتتوضع في الرجال على القلفة ولاسيما إذا ما كانت ضيقة وعلى لجام القضيب والثلم الإكليلي، كما قد توجد ضمن الإحليل مؤدية إلى بيلة دموية مع تبدل رشق البول. أما في النساء فتشاهد على الشفرين الكبيرين والصغيرين؛ وحتى عند مدخل المهبل وعلى العجان وحول الشرج (الشكل ٢٥)، تتصف هذه الأورام بكثرتها خلال الحمل وحين وجود مفرزات مهبلية، كما قد تتراكم بين شقوقها مواد قيحية تؤدي إلى رائحة كريهة. تشيع إصابة الجنوسين والمصابين بالإيدز بهذه الأورام اللقمية، وقد تلتبس اندفاعاتها باندفاعات الحطاط البوفاني التي تنجم عن فيروس حليمومي من نمط ١٦ والتي تتظاهر باندفاعات حطاطية مفرطة التصبغ مسطحة بقطر ٣ملم، وتتوضع على القضيب أو قرب الفرج أو حول الشرج، تلك الحطاطات التي تبدي نضوجاً شاذاً للظهارة وشذوذاً خلوياً شبيهاً بداء بوين، كما أن هذا الحطاط قد يترقى لسرطانة وسفية الخلايا ولاسيما إذا ما توضع على الحشفة في الرجال غير المُختونين وعلى عنق الرحم ومخاطية المهبل والمستقيم.



الشكل (٣٥) لقمومات مؤنفة

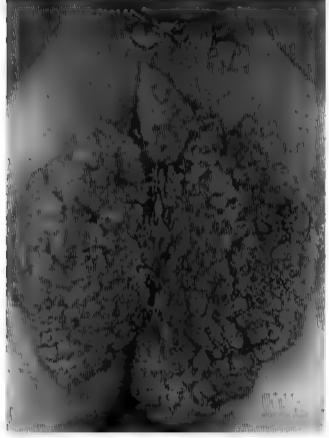
# ه− النقموم الثونف العملاق Löwenstein - condyloma gigantea:

هو ورم حليمومي فيروسي للنمط ٢ ذو تطور ونمو مخربين (الشكل ٢٦). يشاهد على القلفة ولأسيما في الذكور غير المختونين، وعلى ناحية ما حول الشرج، وقد يصيب الفرج، ويتظاهر بتنشؤ ثؤلولي الشكل ضخم، ينفذ إلى النسج العميقة، ومن غير الشائع انتقاله إلى عقد الناحية. يمثل هذا اللقموم سرطانة ثؤلولية أو سرطانة موضعة.

# البشرة الثولولي الشكل epidermodysplasia بندن البشرة الثولولي الشكل verruciformis

يتظاهر هذا المرض منذ الولادة أو في سن الطفولة بثآليل تشبه الثآليل المسطحة الفتوية، تتوضع على النواحي المعرضة للضياء كالوجه وظهر اليدين وأعلى الصدر. أما الأغشية المخاطية فلا تصاب به (الشكل ٢٧). وهو اضطراب نادريورث عن الطريق الجسدي الصاغر، وينجم عن شيروسات حليمومية عديدة، أهمها الشيروسات من الأنماط ٣-٥-٨، ويكون الجلد المصاب على استعداد لتقبل تلك الشيروسات من جراء خلل نوعى للمناعة المتوسطة الخلايا.

الإمراض: لوحظ وجود قصة عائلية في أكثر من ثلث الحوادث يكون فيها الأبوان قريبين وحدوث تخلف عقلي. ووصف لهذه الأفة شكلان: شكل سليم ينجم عن القيروس Hpv3، وشكل قابل التحول إلى الخبث في ٣٠-٣٠٪ من المرضى ينجم عن القيروسات 8-5 HPV، يوضح الجدول (١) انماط القيروسات الحليمومية الإنسانية والمظاهر السريرية التي



الشكل (٢٦) اللقموم المملاق



الشكل (٧٧) ثدن البشرة الثؤلولي الشكل

تحدثها وبالتالي مقدرتها المكونة للأورام.

#### الوقاية:

 ا- مسح عنق الرحم مسحاً خلوياً منوالياً في النساء
 المسابات بثآليل تناسلية ظاهرة بغية الكشف عن خلل تنسج عنق الرحم.

٣- مراقبة المسابين بثدن البشرة الثؤلولي الشكل
 باستمرار، ونصحهم بتجنب الشمس ومعالجتهم بواقيات

مقدرتها المكونة للأورام	التظاهرات السريرية الأقل حنوثاً	التظاهرات السريرية الأكثر حدوثاً	أيماط فيروسات HPV	
لا تؤدي إلى تكوين الأورام	التَأْلُيلَ الْشَائِعَةَ	الثآليل الراحية الأخمصية العميقة	1	
لا تؤدي إلى تكوين الأورام	التأثيل الراحية الأخمصية، الثأثيل المزيقة - الثأثيل الشرجية التناسلية الثأثيل الضموية	ثأليل شائعة	Y4-YV-£-Y	
لا تؤدي إلى تكوين الأورام	الثآليل المسطحة في ثدن البشرة الثؤلولي الشكل	الثآليل السطحة ثآليل القصابين	£9-7A-1V-W	
۵-۸-۹ عزلت من سرطانة شائكة الخلايا	جلد طبيعي ۶	عسر تنسج البشرة الثؤلولي الشكل في المثبطين مناعياً		
خطر مكبوح وورم بوشكه ولوفنشاين - أورام نادرة على القضيب والفرج وعنق الرحم والمناطق الشرجية التناسلية	آفات داخل البشرة وسفية - سرطانة شائكة الخلايا - ثأليل شائعة أورام حليمومية تنفسية	تأليل شرجية تناسلية – ورم لقمومي في عنق الرحم	7-11	
خطورة عالية	ثاليل شائعة	أورام لقمومية في عنق الرحم	T7-A7	
فرط تنسج تناسلي وفرط تنسج لعنق الرحم وسرطانات: نادرة في توضعها الجلدي.		ثآليل شرجية تناسلية - سرطانة موضعة	-07-01-20-74-76-77-71 TA 77-77 01-07-66	
	(1)	الجدول		

الضياء، واستشمال الأورام باكبراً إذا ما ظهرت على النفاعاتهم.

ظهر مؤخراً لقاحان ضد ذراري الفيروسات الحليمومية التناسلية: يتكون الأول من أجزاء مشابهة لأجزاء فيروسات الأنماط (٦-١١-١١-١٨)، وأبدى نتائج واعدة في الوقاية من أخماج تلك الفيروسات: وبالتالي سرطاناتها بنسبة ٨٠٪.

اما اللقاح الثاني Gardasil فهو خليط من جسيمات مشابهة للقيروسات الحليمومية، وقد وافقت منظمة الغذاء والدواء الأمريكية على استخدامه للشابات للوقاية من سرطان عنق الرحم والمهبل والضرج والأمراض منا قبيل السرطانية الناجمة عن القيروسات الحليمومية ١٦-٨٠ ومن الثاليل الناجمة عن القيروسات ١٩-١٠.

يعطى اللقاح للذكور والنساء، ولا يستطب إعطاؤه في

أثناء الحمل.

معالجة الثآليل؛ تعنو بعض حالات الثآليل للمعالجات البسيطة، كما أنها قد تغيب عضوياً وعلى نحو مفاجئ، في حين ترى بعض الحالات الناكسة والمعندة على المعالجة وهنالك معالجات كثيرة للثآليل يجب أن تنتقى منها المعالجة غير العنيضة والتي لا تخلف ندبات؛ استناداً إلى توضع الثاليل وحجمها وعددها وعمر المريض وجنسه والى المعالجات السابقة التي طبقها، وفيما يلي باختصار أهم هذه العلاجات.

#### أهم علاجات الثأليل:

 ا-تأتي المعالجة القرية باستخدام الأزوت السائل في المقام الأول. وتقوم على تجميد الثاليل.

٣- حالاً تا القرنين keratolysis، وتفيد في معالجة الثاليل

الشائعة والأخمصية، وذلك باستخدام حمض الصفصاف

٤٤ + حمض اللبن ٤٤ + كولوديون ١٦غ أو بتطبيق مرهم الفورمالين.

٣- البودوفيلين، وتمالج به اللقمومات المؤنفة. ولا يستطب تطبيقه للحوامل.

1- حمض الخل ثلاثي الكلور بنسبة ٣٥-٨٥٪، وتعالج به اللقمومات المؤنفة، ويمكن تطبيقه للحوامل.

ه- مرهم ۵- فلورويوراسيل بنسبة ۵٪.

٦- البيلومايسين ٥,٠ وحدة/مل، ويحقن داخل الثؤلول.

٧- مرهم الإيميكيمود ٥,٠٠

A- رهيم فيتامين A الحامضي - retinoic acid، ويفيد في

معالجة الثآليل السطحة.

٩- لايزر الصياغ النابض، أو لايزر ,co,

١٠- الدينامية الضوئية بتطبيق حمض أمينوليفوليك، وبعد ساعتين تشعيع الثآليل بحزمة ضوئية عريضة ٤٠٠-۷۰۰ نانو متر.

١١~ التخثير الكهربائي مع التجريف.

١٢- السيمتدين بمقدار ٣٠-٤٠ملغ/كلغ يومياً، وقد أدى إلى شفاء الثآليل بسبب تأثيراته العدلة للمناعة.

١٣- الإسيترتين أو الإيزو تريتنونين بطريق الضم في الحالات المندة.

تأتي أهمية الأمراض الجلدية الفطرية همية الأمراض الجلدية من شيوعها وتشابهها في كثير من الأمراض الجلدية والتباسها بها سريرياً، وتسهم الأدواء المضعفة للمناعة، والاستعمال المتزايد للأدوية الكابئة للمناعة والستروليدات والمضادات الحيوية ومانعات الحمل في ازدياد هذه الأمراض عدداً وشدة، وفي تزايد عدد الفطور المرضة، كما أن يسر التنقل وسهولة المواصلات أدى إلى انتشار أمراض كانت تستأثر بها أقاليم جغرافية معيئة.

# خواص الفطوره

يوجد في الطبيعة نحو ١٢٠ ألف نوع من الفطور fungi، خمسون منها فقط تمرض الإنسان، وتتوزع الفطور المرضة على ثلاثة أجناس هي الفطور الجلدية dermatophytes، والخمالر yeasts، والعفن mold.

تئتمي الفطور إلى الملكة النباتية، وتضطر للحصول على حاجاتها الغذائية إلى (التطفل) على الكائنات الحية أو تكون رمية saprophyte على الكائنات الميئة، وتتحول الرمية إلى طفيلية حين توافر الظروف المؤهبة. تكون الفطور الجلدية خيطية مكونة من عدة خيوط قصيرة hyphae، يتألف الخيط من غلاف كيتيني بداخله هيولي فيها نواة، تتصل الخيوط بعضها ببعض وتقسم بحواجز. وقد يكون الخيط الفطري

تتكاثر الفطور الخيطية جنسياً أو لا جنسياً بوساطة الأبواغ spores، وتتكاثر الفطور الخمائرية الشكل بالبرعمة وتنجم عنها أحياناً خيوط فطرية. وتوجد الفطور عادة في المناصر غير الموعاة من البشرة وملحقاتها، وهي أليفة الكيراتين تصيب النسج المتقرنة، مؤدية إلى أخماج سطحية تسمى السعف tinea.

تخترق الفطور الجلد بإنزيماتها الحالة التي تساعدها على المتطفل، ويكفي التماس للعدوى بالسعف في حين لابد من حدوث رض أو جرح للإصابة بالضطارات العميقة، وتستنشق بعض الفطور رئوياً، ويمر بعضها هضمياً، أو يصل مباشرة إلى الدم عبر قنطرة ملوثة مثلاً.

#### تشخيص الفطارات:

يستند إلى الفحص السريري والقصة المرضية، ومن الوسائل الساهدة على التشخيص:

١- تحري الفطور الباشر: يجرى تحرى الفطور الباشر

Y-الزرع الفطري: تزرع العينة على وسط سابورو ديكستروز أغار Sabouraud's dextrose agar ويضاف السيكلوهيكزيدين والكلور امفينيكول التثبيط نمو الفطور الرمية والجراشيم، أما وسط اختبار الفطور الجلدية medium فيحوي إضافة إلى وسط سابورو حمرة الفينول كمشهر للباهائية PH، يبقى وسط النمو أصفر اللون حين نمو الفطور الرمية ويصبح أحمر حين تنمو الفطور الجلدية المرضة، تحضن الزروع بحرارة الفرفة ٢٦ مئوية الأربعة أسابيع قبل الجزم بسلبية الزرع.

 ٣- الفحص بأشعة وود: وهي طيف من الأشعة فوق البناسجية طول موجتها ٢٦٠ نانومتر، تساعد في تشخيص بعض الفطارات.

إ- الفحص النسجي: شادراً ما يجرى لتشخيص
 الفطارات السطحية، وتتضح فائدته أكثر في تشخيص
 الفطارات العميقة والجموعية.

تقسم الفطارات إلى ثلاث مجموعات: الفطارات البشروية والجريبية، والفطارات العميقة، والفطارات المجموعية.

#### أولاً- الفطارات البشروية والجريبية:

وتشم الفطارات الجلدية dermatophytosis الناجمة عن الخمائير، الفطور الجلدية، والفطارات الناجمة عن الخمائير، والفطارات الناجمة عن العفن.

# ١- الفطارات الجلدية الناجمة عن الفطور الجلدية:

أو السعف وتضم فطارات البشرة والأظفار والأجرية الشعرية، وتسببها ثلاثة أنواع من الفطور: الفطور الشعروية trichophyton، والبويفاء microsporum، والفطور البشروية epidermophyton. تقسم الفطور بحسب مضيفها الائتقائي إلى فطور ولوعة بالبشر anthropophilic، وفطور ولوعة بالحيوان zoophilic، وفطور ولوعة بالترية geophilic، وتؤدي

الفطور الولوعة بالترية وبالحيوان عادة إلى آفات التهابية، وتكثر الإصابات بهما في الأوساط الريضية، أما الإصابات بالفطور الإنسانية فتكون وبائية وأقل التهابية.

### :T. Capitis سمقة القروة

مرض سار، خاص بالأطفال - باستناء القرعة - يشفى تلقائياً مع البلوغ بسبب زيادة الحموض الشحمية المشبعة التي تثبط نمو الفطور، وقد يصاب الكبار مشبطو المناعة بسعفة غير نموذجية.

تصيب الفطور بشرة الفروة وجنر الشعرة وسقيبتها، ويتوضع الفطر خارج الشعرة أو داخلها (الجدول ١).

قطر داخل الشعرة Endothrix	قطر خارج قشعرة Ectothrix				
أبراغ مقسلية دلفل سقيية الشعرة مثل الشعروية الجازة إسانية الشعروية البعسجوة إنسانية السعردنية إنسفية	أبواغ منسئية حول مقيبة الشعرة مثل الشعرة مثل الشعروية الدقنية إنسانية ، حيوانية الشعروية الحمراه إنسانية الشعروية الثولولية حيوانية البويضاء الأدويدية إليمانية البويضاء الكابية حيوانية البويضاء الكابية حيوانية البويضاء الكابية حيوانية البويضاء الكابية البوسية البغة بالتربة				
للشعروبة الفرعية ابسانية حيوط قرعية Favic - hyphae مصطفة حارج سقيهة الشعوة وداخلها					

الجدول (١) يبين توضع الفطور في الشعرة ومضيفها الانتقائي

(۱)- سعفة الفروة غير الالتهابية، أو الإنسانية: تسببها الفطور خارج الشعرة مثل البويغاء الأدوينية m.audouini، والبويغاء الحديدية m. errugmeum. تبدأ الآفة بحطاطات حمامية صغيرة تحيط بالأشعار وتجزّها وتمتد بشكل نابذ، مؤدية إلى حاصات وسفية حمامية قليلاً، تبدو الأشعار فيها



الشكل (١) سعفة جازة

رمادية متكسرة فوق مستوى الضروة (السعفة الجازة) (الشكل ١) تكون الإصابة بشكل بقعة وحيدة أو عدة بقع واضحة الحدود.

(٢)- السعفة الالتهابية، الشهدة، تحدث بالفطور العيوانية مثل البويغاء الكلبية m.Canıs، وبالفطور الولوعة بالترية مثل البويغاء الكبية، تراوح شدة الالتهاب بين التهاب الجريبات الفطري والشهدة (الشكل ٢)، يستولي الفطر على عمق الجريب الشعري ويخريه وتتشكل بثور واندهامات عقيدية خراجية ينضح القيح من فوهات جريباتها، وغالباً ما يضاف الخمج الجرثومي الثانوي إليها، وقد ترافق أفات الفروة أفات مماثلة على الجلد الأجرد. تكون الأعراض العامة في الشهدة صاخبة، من ألم موضعي وصداع، وترفع حروري وضخامة بالعقد اللمفاوية الرقبية. ويكثر حدوث الطفحة الفطرية في أشناء سيرها، هذا وتحدث الحاصات النبية الدائمة بعد تراجع التهاب الشهدة الشديد.



الشكل (٢) شهدة الفروة

(٣)- صعفة النقاط السود black dot tinea capitis: تسببها الفطور الإنسانية داخل الشعرة مثل الشعروية الجازة د. t. violaceum ويؤدي د. violaceum ويؤدي



(الشكل ٣) سعفة النقاط السود.

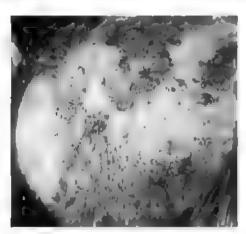
وجود الأبواغ والخمج داخل الشعرة إلى تقصفها عند فوهة الجراب الشعري على مستوى الفروة مخلفة وراءها نقاطاً سوداً (الشكل ٣)، تكون الحاصات متعددة غير واضحة الحدود، وتتضمن بعض الأشعار السليمة.

(3)- السعفة القرعية: تنجم القرعة favus (الشكل 3) عادة عن الفطور الشعروية الشنلانية schoenleinii ، وتادراً عن الفطور الشعروية البنفسجية أو البويغاء الحبيبية.

تحدث العدوى في الطفولة بالتماس المديد المباشر مع المريض أو باستعمال أدواته الملوثة، يصاب الذكور أكثر من الإناث، ولا تشفى الإصابة مع البلوغ، والقرعة أقل سراية من بقية السعف. يساعد على حدوثها سوء الظروف الصحية والتغذية المتدنية. وتشاهد القرعة في إفريقيا وأمريكا الجنوبية والشرق الأوسط.

تتكاثف الخيوط الفطرية حول الجريبات الشعرية وتنفذ الى داخل سقيبة الشعرة و تنتشر فيها حتى جدرها، وتشكل الفطور مع الزهم والكيراتين المتأذي ما يدعى التريسات scutule، وهي حطاطات صغيرة دائرية منخمصة المركز بلون أصغر كبريتي في مركزها شعرة أو عدة أشعار، تلتجم التريسات لتشكل سطوحاً واسعة، وينتهي الالتهاب المزمن بحدوث حاصة ندبية ضمورية. غالباً ما تدع هذه السعفة هامشاً من الأشعار السليمة على الناحية القفوية، ووصف من أشكال القرعة الثنادرة الأشكال الحمامية الوسفية والقويائية والندبية.

وقد تمتد القرعة لتصيب الجلد الأجرد والأظفار، وقد ترى في أثناء سيرها طفحة ثانوية favid حطاطية حزازية. التشخيص والتشخيص التفريقي، تلتبس السعف غير الالتهابية بالأكرما المثية والعمدف والشعلبة وعرة نتف



الشكل(٤) السعفة القرعية

الأشعار، وتشبه السعف الالتهابية تقيحات الفروة، أما القرعة فشكلها موح سريرياً عينى التشخيص على الشكل السريري وإيجابية تحري الفطور وزرعها وتفيد أشعة وود التي تعطي فيها بعض الفطور خارج الشعرة مثل البويغاء الأودويئية والكلبية والحديدية تألقاً أخضر ساطعاً، وتومض الفطور داخل الشعرة الشعروية الشنلانية بتألق أخضر باهت.

التشريح المرضى: ترى الخيوط الفطرية حول سقيبة الشعرة وداخلها، وتبدو حمراء اللون بالتلوين بالباس PAS وسوداء بالتلوين بميثينامين الفضة، وتبدي الأدمة رشاحة التهابية لمفاوية ناسجة حول الجريبات، تكون شديدة في الشهدة مع خراجات أدمية وجريبية.

معالجة السعف يقص الشعر حول الآفة ويستعمل شامبو الكيثوكونازول أو السيكلوبيروكس للمصاب ومجاوريه، وتطبق مضادات الفطور الخارجية، ويجب دوماً استعمال مضادات الفطور داخلاً في سعف النصروة. يعطى الأطفال الفريزيوفولفين griscofulvin بشكله الدقيق، بجرعة ١٥٠٠ الغريزيوفولفين العجلى الكبار اغ/يومياً) حتى يحدث التحسن السريري والمخبري بفترة تراوح بين ٦ و٨ أسابيع. يضاف صاد واسع الطيف حين الإصابة بالشهدة للسيطرة على الخمج الجرثومي، كما يفيد فيها إعطاء شوط قصير على الستيروئيدات داخلاً لتحسين الحالة العامة والموضعية والوقاية من حصول الارتكاسات الثانوية، وتخفيف حدوث حاصات نديبة.

أما الأطفال المتحسسون للغريزيوفولفين فيعطون الإيتراكونازول بجرعة ٣-٥ ملغ/كغ/يوم أو التربينافين. أما القرعة فتعالج بالغريزيوفولفين من ٦-١٧ شهراً، ويجب فحص أعضاء الأسرة، ومعالجتهم إن لزم الأمر.

#### ب- سعفة الثقن tinea barbae:

تصيب سعفة النقن الأشعار الانتهائية للوجه في الرجال، تنتقل العدوى بأدوات الحلاقين الملوثة، وبالتماس المباشر بالماشية في الأوساط الريفية.

النظاهر السريرية؛ تصيب سعفة النقن منطقة اللحية أكثر مما تصيب منطقة الشارب، وتكون وحيدة الجانب عادة ولها ثلاثة نماذج؛

(۱)- السعفة الالتهابية، تنجم عن الفطور الحيوانية كالشعروية النقنية الكلبية، والبويغاء الكلبية، وتشبه شهدة الفروة (الشكل ٥). تكون الأفات بثرية وعقيدية قيحية خراجية الشكل مغطاة بقشور التهابية ونزمصلي وقيحى، وتبدو الأشعار هشة كامدة تقتلم بسهولة، وتؤدى



الشكل (٥) سعفة دقن التهابية

حين شفائها إلى حاصات ندبية.

(٢)- السعفة السطحية: تسبيها الفطور الإنسانية كالشعروية الحمراء، تتظاهر بحمامى منتشرة وبثور جريبية، وتكون الأشعار باهثة وهشة.

 (٣)- السعفة المتحلقة circinate: تشبه السعفة المقوسة للجلد الأجرد، وتبدي انتشاراً محيطياً بحوية فعالة حويصلية بثرية مع توسف مركزي وقلة الأشعار.

التشريح المرضي: يشبه الموجودات في سعف الرأس الالتهابية، وكلما ازدادت التهابية الموجودات النسجية قل وجود الفطور أو زال.

التشخيص التضريقي، تلتبس سعضة الدقن بالتهاب الجريبات الجرثومي (التينة الشائعة) والخمائري والتهاب الجلد حول الفم. يكون الالتهاب الجرثومي غالباً ثنائي الجانب، مؤلماً، وأكثر ما يصيب الشفة العليا.

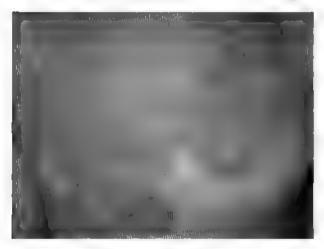
المعالجة، يعطى غرام من الغريزيوفولفين يومياً حتى ثلاثة أسابيع بعد التراجع السريري، إضافة إلى مضادات الفطور السطحية والكمادات الحارة، والحلاقة وإزالة القشور والمفرزات، وتساعد الستيروئيدات داخلاً في تحسين الأعراض في الحالات الالتهابية الشديدة.

# :tinea corporis ع- سعفة الجسد

تحدث العدوى بسعفة الجسد (الشكل ٩) من إنسان أو حيوان مصاب، أو بالعدوى الذاتية من بؤرة فطرية، كسعفة

القدم، والأطفال أكثر إصابة بالفطور الحيوانية وتسببها الشعروية الحمراء والشعروية الدقنية والبويغاء الكلبية. ويرافق السعفة والشعروية الحمراء غزو الفطر للجريبات الشعرية.

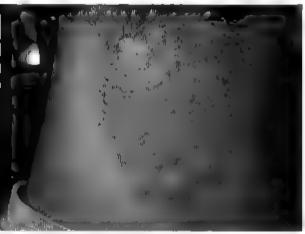
تتظاهر سريرياً باندفاعات حمامية حلقية متوسفة في المحيط، وقد تكون الحوية المحيطية حويصلية وتتسع المحلقات بشكل نابذ ويتوسف المركز ويشفى، وقد تتحد الحلقات كما يحدث بالسعفة الناجمة عن الشعروية الحمراء لتشكل مساحات كبيرة متعددة الأقواس وتدعى بالسعفة المقوسة.



الشكل (٦) سعفة الجسد

#### أنهاط خاصة لسعفة الجسدر

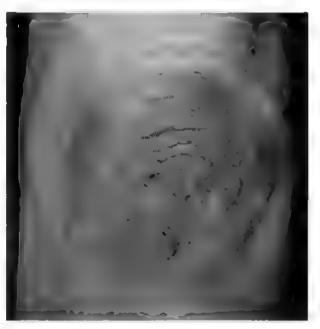
(۱)- شهدة الجلد الأجرد: (الشكل ۷)، تسببها الفطور الحيوانية وتكثر في المزارعين والجزارين وتشبه شهدة الفروة بشدة التهابها . يكون الاندفاع حمامياً مرتشحاً ، بثرياً جرابياً ، كما تغزو الفطور عمق الجريبات الشعرية وقد يرافقها خمج جرثومي وضخامات عقدية وطفحة فطرية ثانوية . ونادراً



الشكل (٧) شهدة الجلد الأجرد

ما يكون الخمج عميقاً لدرجة إحداث خراجات فطرية عميقة.

 (۲)- حبيبوم ماجوشي: (الشكل ۸)، هي عقيدات التهابية حبيبومية حول الجريبات تسببها الشعرويات، تظهر على الفروة أو الأطراف.



الشكل (٨) حبيبوم ماجوشي على المرفق

(٣)- التهاب ما حول الجريب الحبيبومي العقيدي على الساق: تسببه الشعروية الحمراء، يشبه حبيبوم ماجوشي وهي آفة فطرية مزمنة حبيبومية تصل لأعماق الجريب الشعري، أكثر ما تصاب بها السيدات بسبب إزالة أشعار الساقان.

(3)- سعفة الوجه: تقابل في النساء والأطفال سعفة النقت في الرجال، أكثر ما تصيب الأطفال (الشكل) لتماسهم بالحيوانات الأليفة، وتتظاهر باندفاعات حمامية وسفية دائرية أو حلقية وقد تكون حويتها بشرية. تفقد حدودها الصريحة مع الإزمان مما يزيد صعوبة تشخيصها، وكثيراً ما تعالج خطأ بالستيروئيدات مما يؤدي إلى توسعها،

 (a)- السعفة الستترة t. incognito: هي سعفة عولجت خطأ بالستيروئيدات تتظاهر بعقيدات أدمية أو آفات عميقة تشبه الشهدات.

الموجودات المخبرية، يجرى تحرّ للفطور الباشر وزرعها من وسوف الحويصلات، أما في وسوف الحبيبومية المعميقة فتؤخذ عينة من الخزعة للزرع. التشريح المرضى: إضافة إلى الموجودات النسجية



الشكل (4) سعضة الوجه

الالتهابية ترى بفحص المقاطع الملونة بالباس PAS خيوط الفطر آخذة لوناً أحمر ضمن الطبقة المتقرنة، وتكون سوداء بتلوين فضة الميشينامين methenamine silver، أما الشكل المقيدي المحيط بالجريبات فيتظاهر بارتكاس حبيبومي حول الجريب الشعري.

التشخيص التضريقي: يجب نمييزها من الاندفاعات الحلقية مثل الحمامى الحلقية النابذة والحبيبوم الحلقي والأكزيمة المدنرة، كما تميز من الصدف والأكزيمة المثية، وأكثر ما تلتبس به السعفة المتحلقة هي بقعة الطليعة الخاصة بالنخالية الوردية.

المعالجة: تطبق مضادات الفطور الخارجية مرتبن يومياً مثل الإيميدازولات أو التولنفتات أو التربينافين. أما مضادات الفطور الداخلية فتترك للأفات الواسعة أو الالتهابية مثل الإيتراكونازول ١٠٠ ملغ يومياً مدة أسبوعين (مملغ/كغ في اليوم و لمدة أسبوع للأطفال)، والفلوكونازول ١٥٠ ملغ أسبوعياً مدة ٤ أسابيع، أو التربينافين ١٥٠ ملغ يومياً لأسبوعين (٣- ملغ/كغ يومياً للأطفال)، أو الغريزيوفولفين ١٥٠ ملغ يومياً للكبار، وه-١٠ ملغ/كغ للأطفال.

# د- السعفة الإربية:

فطار يصيب المغبنين والعانة وما حول الشرج. تحدث العدوى في هذه السعفة بالتماس المباشر أو بانتقال الفطر من توضع سابق، وتتفاقم هذه السعفة بالحرارة والتعطن.

أكثر ما تحدث السعفة الإربية t. cruris بالفطور الشعروية (الحمراء والنقنية)، والبشروية الندفية floccosum، وتصيب الاناث بكثير.

تتجلى باندفاعات حمامية دائرية بحواف هامشية واضحة الحدود ومرتفعة وقد تكون الحوية المحيطية حطاطية حويصلية. كما تكون الأفة حاكة وقد تصبح مؤلة إذا ما أضيف الخمج الجرثومي، تبقى السعفة بالفطور البشروية الندفية موضعة في الثنية الفخذية التناسلية وتشفى في مركزها، بخلاف السعفة بالشعروية الحمراء التي تمتد للعانة وأسفل البطن والأليتين وحول الشرج، وتعف السعفة دوماً عن الأعضاء التناسلية.

الموجودات المخبرية: تكشف الخيوط الفطرية بالتحري الباشر من الوسوف، ونادراً ما يتطلب التشخيص الزرع. وتشابه نسجياً سعفة الجسد.

التشخيص التفريقي، قد تلتبس السعفة الإربية بالصدف والأكزيمة المثية، وحمامي الأرفاغ، والمنح بالمبيضات الني ينفرد بإصابة الصفن ويتميز بوجود البثرات المونيليائية الشاردة عن هامش الاندفاع.

المالجة، ينصح المريض بتخفيف التعرق والتعطن ما أمكن، وتفيد كريمات الإيميدازولات، وتعطى مضادات الفطور الفموية للأشكال الواسعة والالتهابية.

#### ه- سعفة القدم:

أكثر الفطارات شيوعاً، تساعد على حدوثها الأحذية الكتيمة، وتنتقل العدوى بوساطة المسابح وأحواض الاستحمام، أو بالانزراع الذاتي من بؤرة بعيدة، وكثيراً ما تترافق سعفة اليد وسعفة القدم. كما تتفاقم هذه السعفة بالحر وفرط التعرق وبوجود عيوب تشريحية (تقارب بين الأصابع).

تسبب سعفة القدم t. pedis كلُّ من الشعروية الحمراء والشعروية الذقنية نوع الفوتية .interdigital والبشروية الندفية.



الشكل (۱۰) سعفة قدم مذحية

المظاهر السريرية: تبدو سعفة القدم بأحد أربعة أشكال:
(١)-الشكل المنحي المزمن: أو أقدام الرياضيين (athlete's)
(foot)، يتصف بحمامي وتوسف وتعطن وابيضاض وتأكل في
أفوات القدم والوجه الأخمصي لللأصابع (الشكل ١٠)،
وخاصة في الفوت الثالث والرابع وقد ينتشر الخمج الفطري
لأخمص القدم، وقد يضاف إليه خمج جرثومي.

(٢)- الشكل المزمن مفرط التقرن؛ يتصف بحمامى مع توسف وتقرن وتشقق موضع أو منتشر الأخمص القدم، ويعرف بسعفة القدم نموذج الخف (الشكل ١١)، تسببه الشعروية الحمراء، وقد يرافقه سعفة الأظفار.



الشكل (١١) سعفة قدم تموذج الخف

(٣)- الشكل الحويصلي الفقاعي: تسببه الشعروية النفنية الفوتية، يتميز بحويصلات متوترة صغيرة أو حويصلات فقاعية متوضعة في أخمص القدم أو ظهر القدم وجوانبه (الشكل ١٢)؛ كما تتصف بهجوعها ونكسها بهجمات ولاسيما في الصيف.



الشكل (١٣) سعفة قدم حويصلية

(3)- الشكل الحاد التقرحي، يتظاهر بحويصلات بثرية وتقرحات متقيحة في أخمص القدم، وقد يضاف إليه خمج جرثومي بسلبيات الغرام مؤدياً إلى التهاب نسيج خلوي والتهاب الأوعية اللمفاوية.

يؤدي الشكل الحويصلي الفقاعي والتقرحي إلى حدوث اندفاعات ثانوية تسمى خلل الثعرق، وهي حويصلات دقيقة على أصابع الهدين وجوانب القدمين وأصابعهما، علماً بأن تحري الفطور وزرعها من الاندفاعات الثانوية يكون سلبياً.

المُوجِودات المُحَبِرِية؛ يكشف فحص الوسوف عن وجود الخيوط الفطرية، وكذلك فحص سقف الحويصلات، كما يؤكد ذلك بالزرع.

التشريع المرضي، يتميز الشكل مفرط التقرن بإشواك وفرط تقرن ورشاحة التهابية في الأدمة السطحية، أما الأشكال الحويصلية الفقاعية فتتصف بوجود سفاج وخطل تقرن تشكل حويصلي داخل البشرة، وتؤكد التلوينات الخاصة وجود الفطور.

التشخيص التفريقي: يشبه الشكل مفرط التقرن لسعفة القدم الصداف والتقرانات الراحية الأخمصية والنخالية الحمراء الشعرية. أما الأشكال الحويصلية الفقاعية فقد تلتبس بأكزما التماس الحويصلية وخلل الثعرق ومتلازمة رايتر. ويمكن التمييز بتحرى الفطور وزرعها.

اثوقاية والعلاج: تكون الوقاية بارتداء جوارب قطنية تمتص العرق، إضافة إلى انتعال أحذية غير كتيمة واستعمال



الشكل (١٣) سعمة يد حمامية حويصلية

مركب aluminum chloride hexahydrate \* الذي يلجم فرط التعرق، والعلاج بمضادات الفطور الموضعية مثل الأزولات أو التولنفتات أو الأثيل أمين ومشاركتها بمغاطس برمنفنات البوتاسيوم في الأشكال الحادة، وتعطى مضادات الفطور داخلاً في الأشكال الشديدة أو التي يرافقها فطارات الأظفار.

#### و- سمقة اليد:

أكثر ما تسببها الشعروية الحمراء والشعروية الذقنية، وقد ترافقها سعفة القدمين، وأهم أشكالها على راحة اليد هو الشكل الحمامي المفرط التقرن، وقد تتظاهر سعفة اليد بحمامي وحويصلات سطحية سريعة التوسف أو تكون حويصلية حادة تشبه خلل التعرق.

وكثيراً ما يكون لها على ظهر اليدين شكل دائري أو مقوس حمامي وسفي وأحياناً أشكال حادة حويصلية (الشكل ١٣)، أو تكون لها أشكال التهابية بدرجات مختلفة الشدة ونادراً ما تكون حبيبومية.

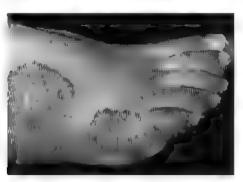
يجب تمييـز سعضة اليد tinea manus من الأكريمة والصداف، وغالباً ما تؤدي المعالجة بالستيروثيدات الموضعية إلى إزمان سعضة اليد.

التشخيص يتم سريرياً ويفيد فيه تحري الفطور وزرعها. والمعالجة بمضادات الفطور خارجاً كالإيميدازولات، وتعطى داخلياً في الحالات الشديدة.

#### ز- فطار الأظفار onychomycosis:

خمج شائع، تزداد إصاباته في الذكور ويتقدم العمر وبوجود الاضطرابات الوعائية المحيطية، وتصاب أظفار القدمين أكثر من إصابة أظفار اليدين، ترافق سعفة الأظفار الفطارات المختلفة ولاسيما سعفة القدم (الشكل ١٤). تبدأ الإصابة بإصابة ظفر وحيد ثم تنتشر إلى بقية الأظفار.

تحدث فطارات الأظفار بالشعروية الحمراء والشعروية النقنية الفوتية، والبشروية الندفية. وتكون ٥٪ منها



الشكل (١٤) ترافق سعفة قدم وسعفة أظفار



الشكل (١٥) قطار الأظفار السطحي الأبيض

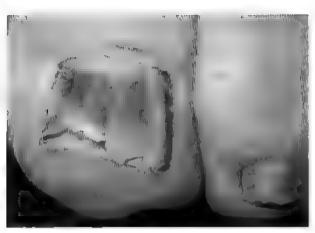
بالمبيضات و٤٪ بالعفن. ولسعفة الأظفار ثلاثة تماذج:

(۱)- فطار الأظفار السطحي الأبيض: يحدث في اظفار القدمين فيصاب سطح الصفيحة الظفرية ببقع بيض، تتسع لتعم كل سطح الظفر الذي يصبح خشناً وهشاً (الشكل ۱۵). تسببه الشعروية النقنية وأحياناً العفن مثل الرشاشيات aspergillus.

(٧)- الفطار تحت الظفري الغازي، تغزو الفطور الطبقة المتقرنة تحت الظفر hyponychium، ثم ينتشر الخمج من سرير الظفر إلى الوجه البطئي للصفيحة الظفرية مؤدياً إلى تغير لون حواف الظفر التي تصبح مبيضة أو صفراء بنية ويغدو الظفر ضامراً هشاً. يبدأ الخمج من حافة الظفر البعيدة (الفطار تحت الظفري القاصي الشكل ١٦)، أو الجانبية أو الطية الظفرية القريبة من الهليل (الفطار تحت الظفري الدائي)، ثم يمتد أفقياً وعمودياً ليشمل الصفيحة الظفرية، ويؤول هذا النموذج من الفطار إلى ظفر حثلي



الشكل (١٦) الفطار تحت الظفري القاصي



الشكل (١٧) فطار اظفار شكل حثلي متقدم

مشوه مضطرب اللون والقوام (الشكل ١٧)، ويؤدي قرط التقرن تحت الظفرية عن سريرها، ويصبح الحطام تحت الظفر ملاذاً للأخماج الانتهازية.

(٣)- فطار الأظفار بالمبيضات البيض candidal (٣)- فطار الأطفار بالمبيضات البيضات ظهارة سرير الشكل ١٨)، تغزو المبيضات ظهارة سرير الظفر ومن ثم تصيب الصفيحة الظفرية، يصبح سطح الظفر كامدا خشناً ومثلماً، يتغير لونه فيغدو ماثلاً للبني أو البني المصفر ولاسيما في الحواف الجانبية. وكثيراً ما يرافق هذا النموذج من الفطار التهاب داحسي يحيط بالظفر المصاب ويوذم نهايات الأصابع.

الفحوص المحبرية، يجب إثبات التشخيص مخبرياً قبل المعالجة بالتحري المباشر والزرع وخزعة الظفر، وذلك بأخذ برادة المنطقة البيضاء المتنكسة، أما في الشكل القاصي فيكشط تحت حافة الظفر الحرة وتجمع الفضلات القرنية



الشكل (١٨) فطار الأظفار بالمبيضات البيض

لفحصها: لتمييز العوامل المرضة من الفطور الرمية. وتعد الفطور الجلدية ممرضة دوماً إذا عزلت بالزرع، أما العمن والخمائر فتجرم إذا تكرر وجودها في الزروع.

التشريح المرضي: تشاهد الخيوط الفطرية خلال الصفيحة الظفرية ولاسيما في الشكل السطحي، وترى في الطبقة المتقرنة لسرير الظفر.

التشخيص التفريقي، ترى تبدلات شبيهة بفطارات الأظفار الولادية الأظفار الولادية ومتلازمة رايتر والحزاز المسطح، وتميز باضطرابات الجلد الرافقة، كما لا ترى في فطارات الأظفار التنقرات الخاصة بالصداف ولا الخطوط المرضانية.

يفرق بين فطار الأظفار السطحي وابيضاض الأظفار leuconychia الولادي والمكتسب؛ فليس كل ابيضاض في الأظفار فطاراً دوماً.

المعالجة: يبدأ بالعلاج الموضعي في الأشكال الخفيضة لفطار الأظفار ولاسيها في الأطفال مثل ciclopirox والأمورولفين بشكل طلاء أظفار، والتربينافين موضعياً، لكن تأثيرها ضعيف مقارنة بنتائج الأدوية الفموية.

يتطلب استعمال الأزولات داخلاً فحوصاً مخبرية أولية ومتابعة خاصة لوظائف الكبد والانتباه لتأثراتها الدوائية (الجدول ٣)، ويستعمل الإيتراكونازول مدة شهرين لأظفار البدين و٣ أشهر لأظفار القدمين سواء أخذ بمقدار ٢٠٠ملغ يومياً على نحو متواصل أم أخذ بالطريقة النابضة ٢٠٠ملغ يومياً منة أسبوع من كل شهر.

يعطى الفلوكونازول من ١٥٠-٢٠٠ ملغ مرة أسبوعياً، مدة ٢٠-٣ شهراً. ويجب الانتباه إلى تأثيراته الجانبية التي قد تحدث وهي الاضطرابات الهضمية وارتضاع الإنزيمات

الكندية.

يؤخذ التربينافين ٢٥٠ملغ يومياً مدة ٦ أسابيع لعلاج أظفار اليدين، و١٢ أسبوعاً في أظفار القدمين، أما أكثر تأثيراته الجانبية فهي معدية معوية ولا تأثرات مهمة له.

الغريزيوطولفين: تراجع استعماله كثيراً في فطار الأظفار لتاثيراته الجانبية وطول مدة المالجة. وقد يُضطر أحياناً في معالجة فطارات الأظفار إلى حل الظفر كيميائياً بمركبات البولة بنسبة ١٤٪ مع مضادات الفطور كمركب البيفونازول- يوريا مثلاً.

# ٧- الفطارات الجلدية الناجمة عن الخمالر:

#### أ- أدواء المبيضات:

تصيب المبيضات candida الجلد، الأظفار، المخاطيات، السبيل الهضمي، وقد تؤدي إلى خمج مجموعي.

يضم جنس المبيضات ١٥٠ نوعاً، وأهم ما يمرض الإنسان منها المبيضات البيض c. albicans، وهي خميرة ثنائية الشكل قابلة للتحول من الطور الخمائري المتبرعم إلى طور النمو الأفطوري الغازي، وهي مسؤولة عن معظم أخماج المبيضات، ونادراً ما تصبح المبيضات الأخرى مثل c. krusei ،c. tropicalis عمرضة.

الإسراض: المبيضات البيض كالنات رمية في البلعوم الفموي، ومطاعمة commensal في مخاطبة المهبل، وقد توجد أيضاً في الثنيات الجلدية.

هناك عوامل عديدة تزيد فوعتها وتجعلها ممرضة قادرة على غزو النسج (الجدول ٢):

المناعة: يقاوم الثوي خمج المبيضات بالدفاع الموضعي المجلدي والمناعة الجهازية. فسلامة الطبقة المتقرنة ومنافسة النبيت flora الجرثومي، وتجدد خلايا البشرة، وتوسفها

عوامل موضعية الية عوامل تغذوية عوامل فيزيولوجية أمراض عامة اضطرابات غدية الخباثات نقص المناعة مداخلات علاجية

أسباب دوائية

الإيدز، متلازمة عوز المناعة المشترك الشديد،

البدانة،عوز الفيتامينات، عوز الحديد، نقص التغذية.

السكري، داء كوشنخ، قصور الدرق، قصور الكظر،

القتاطر الدائمة، القنطرة الوريدية.

التقدم بالعمن الحمل الطمث

التهاب جلد الأطراف المعائي،

الخباثات الدموية، ورم التيموس.

الرضوض، التعطن.

الستيروئيدات، مثبطات المناعة، الصادات واسعة الطيف والمترونيدازول-

# الجدول (٢) يوضح عوامل الاستعداد لأخماج المبيضات

التالي للالتهاب تجعل الجلد السليم منيعاً على المبيضات.
وعلى النقيض من ذلك تزداد قابلية الخمج بالمبيضات في
المصابين بنقص العدلات أو اضطراب وظيفتها. ومن المعلوم
أن المناعة المتواسطة بالخلايا تسهم في الدفاع أكثر من المناعة
الخلطية: ولهدا السبب يشاهد داء المبيضات الجلدي
المخاطي المزمن في مرضى الإيدز بالرغم من مناعتهم
الخلطية الطبيعية.

# الأشكال السريرية:

(۱)- داء المبيضات الفموي oral candidiasis و السلاق، يصاب الوليد بالسلاق thrush بعد أيام من ولادته من أم مصابة بالتهاب المهبل أو حاملة للمبيضات، ويأخذ السلاق في الرضع الشكل الفشائي الكاذب، إذ تبطن الخدين وتغطي اللسان بقع بيض قشدية يؤدي قشرها إلى ظهور سطوح حمامية مؤلة قد تعيق الرضاعة.

أما في الكبار فله أشكال عديدة أخرى أهمها ما يلي: • الشكل الضموري المرّمن: يشاهد في المستين، وتكون

المخاطبة حمراء ملساء ضمورية مع روال حليمات اللسان.

الشكل الابيضاضي المتقرن: (الشكل ١٩)، أو الطلواني الذي تغطى فيه مخاطبة الخدين واللسان بطبقة بيضاء سميكة، تشبه الطلوان. يشاهد الشكل الطلواني أيضاً عند المسنين على اللثة الضامرة مكان رض البدائل السنية، وتتهم المبيضات بأنها عامل إمراضي في اللسان الأسود المشعر. أما تحري الفطور فيكشف وجود الخيوط الكاذبة والأبواغ، وتنمو مرارع المبيضات البيض المميزة خلال يومين.

العلاج: يعالج السلاق في الرضع بالنيستاتين بشكل معلق فموي وهو فعال موضعياً، ولا يمتص عن طريق الجهاز الهضمي. تستعمل في الكبار مضمضات البوفيدون أو الكلورهيكزيدين، والإيميدازولات بشكل هلام هموي أو أقراص مضغ. ويعطى الهلوكونازول في الحالات الشديدة والمتدة



الشكل (١٩) الشكل الابيضاضي المتقرن للسلاق

للمريء بجرعة ١٠٠ املغ في اليوم مدة اسبوعين. ويجب تعقيم بدائل الأسنان يومياً بمحلول الهيبوكلوريت في المسنين الدرد.

- (۲)- منح الصوارين أو التهاب الشفتين الزاوي: ويدعى
   أيضاً بالصماغ perlèche: سطح حمامي متعطن متقشر،
   يرافقه شق في مركز ثنية الصوارين، يرافق السلاق وقد
   ينتشر إلى الجلد المجاور، يؤهب له عوز الشيتامين B6
   واضطرابات الأسنان.
- (٣)- التهاب الضرح والمهبل بالمبيطات candidal:

  (٣)- التهاب الضرح والمهبل بالمبيطات vulvovaginitis

  الكبيرين والشفرين الصغيرين وضائعات بيض قشدية وتوذم

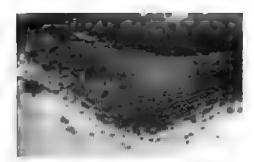
  المنطقة. تشكو المريضة من حكة وحرقة، ويؤهب السكري

  والحمل ومانعات الحمل لحدوث هذا الخمح، ويضرق بيشه

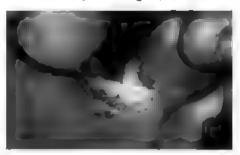
  ويين التهابات القرح والمهبل الأخرى بتحري الفطور.

المالجة: يستعمل الكلوتريمازول والميكونازول بشكل كريم أو تحاميل مهبلية، وقد يشاركهما الفلوكونازول داخلاً.

- (1)- التهاب الحشفة balanitis التهاب الحشفة والقلقة المنطقة والقلقة السكريين، والمصابين والمصابين والمصابين السكريين، والمصابين بتضيق القلفة وتوذمها وترى على الحشفة بثور مونيليائية دقيقة، تتوسف وتتحول ليقع حمامية دقيقة محاطة بطويق وسفي، التشخيص سريري، ويقوم العلاج على غسول برمنغنات البوتاسيوم ودهن كريمات الإيميدازولات.
- (ه)- التهاب الإحليل بالبيضات candidal urethritis: يحدث في السيدات مضاعفة لالتهاب الفرج والمهبل، أما في الرجال فالعدوى جنسية، يشكو الرجل من حكة في الصماخ وسيلان قيحي أبيض مخضر، يجب تمييزه من الالتهابات بالمكورات البنية والمشعرات المهبلية. ويعالج بالقلوكونازول داخلاً.
- (٦)- الثهاب حول الشرج بالمبيضات: يتظاهر باحمرار المنطقة حول الشرج وحكة، وقد يتمادى الاحمرار مؤدياً إلى المذح بين الأنيتين.
- (٧)- التهابات جلد الثنيات أو المدح بالمبيضات: تصيب المبيضات الثنيات المغبنية والإبطية وبين الأليتين وتحت الثديين، وتؤهب لها البدانة والسكري والملابس الكتيمة، يتظاهر المدح معامي متعطن مع يتظاهر المدح معامي متعطن مع حويصلات بثرية ساتلة تنفتح لتصبح بقماً حمراً مع طويق وسفي سهل الاقتلاع (الشكل ٢٠)، تسبب المبيضات كذلك مدح الفوت الثالث في الميد والفوت الرابع في القدم بسبب



الشكل (۲۰) مدّح تحت الثدي بالبيضات



الشكل (٢١) مدّح الفوث القدمي الرابع

التقارب التشريحي للأصابع مؤدية إلى تعطن ابيضاضي وشق الفوت (الشكل ٢١).

التشخيص سهل، ويختلف عن الصداف الدهني وحمامي الأرفاغ، ويعالج بكريمات الإيميدازول.

(A)—التهاب الجلد الحفاضي بالبيضات: يساعد الوسط الكتيم على غزو البيضات المارة هضمياً للمنطقة الأليوية التناسلية للطفل، تبدأ الإصابة بحمامي وبثور سطحية سريعة التوسف حول الشرج ثم تنتشر إلى العجان والمغبنين. يقوم العلاج على استعمال مضادات الفطور وتهوية المنطقة، أما العلاج الخاطئ بالستيروليدات فيزيد الخمج ويؤدي إلى داء المبيضات الحبيبومي.

(٩)-التهاب ما حول الظفر الحاد أو الداحس بالبيضات: (الشكل٢٧)، يصيب الأشخاص الذين يعملون بشماس الماء



الشكل (۲۲) داحس بالبيضات

فترات طويلة، يحدث احمرار وتوذم حول الظفر مع تراجع القشيرة الظفرية، وقد يخرج القيح من الطية الظفرية، ويجب تمييزالداحس بالمبيضات من الداحس الجرثومي، وحين يزمن الالتهاب تحدث في الظفر تبدلات حثلية، واسمرار حوافه أو اخضرارها.

(١٠)- داء البيضات الولادي؛ مرض نادر يحدث خلال الد الساعة الأولى للولادة، تلاحظ في الوليد الخديج بقع حمامية تتطور لحويصلات وبثور وتوسف في النصف العلوي للجسم والراحتين والأخمصين؛ لذا يجب استعمال العلاج الموضعي والنيستاتين الفموي للحد من انتشار الخمج، أما حين يتعمم فيعالج بمضادات الفطور وريدياً.

(۱۱)- هاء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن، يتظاهر بعدة متلازمات سريرية خمجية مزمنة معندة على العلاج تصيب الجلد والأظفار والمخاطيات، ويرافقه اضطرابات المناعة المتواسطة بالخلايا.

وإضافة إلى الأشكال السريرية الآنفة تشاهد حبيبومات متقرنة على الوجه والأجفان والشفاه والفروة والنهايات تشبه السعف والتقيحات الجرثومية والاندفاعات الحبيبومية هالوجينية المنشأ، قد يرافق هذا الداء التهاب مريء أو حنجرة بالمبيضات وآفات غدية صماوية، أما العلاج فيقوم على مضادات الفطور داخلاً وخارجاً، مع الاهتمام بالاضطراب المناعي.

#### ب- التخالية البرقشة pityrasis versicolor-

فطار شائع، يصيب الشباب من الذكور خاصة، ويتكس لسنوات. تسببه الخمائر الوبيغائية المالاسيزية pityrosporum ovale، والدويرية orbiculare.

المظاهر السريرية: تبدو السعفة البرقشة L.versicolor ببقع مصطبغة باللون البئي الفاتح مغطاة بوسوف (الشكل ٢٣)، وحين محاولة كشطها بالكاشطة تؤدي إلى انزلاق وسوفها النخالية الشكل furfuraceous على نحو تشبه معه براية القلم (علامة ضرية الظفر)، وتكون البقع الفطرية محصورة أو منتشرة، صغيرة أو كبيرة، وتشمل أشكالها الواسعة معظم الجنع على نحو يبدو فيه الجلد الطبيعي بشكل جزر فاتحة اللون نسبياً، يتوضع هذا الفطار على الصدر وأعلى البطن والظهر والنقرة والضروة والساعدين، وقد يصل حتى العائة وأعلى المخذين ولا يؤوف الوجه إلا نبادراً في الأطفال ومثبطي المناعة.

وشكلها الجرابي يبدو بيقع سمر دقيقة تحيط بالجريبات



الشكل (٣٣) النخالية المبرقشة

الشعرية، الأفة غير حاكة، وقد يرافق الأشكال الواسعة المزمنة منها حكة الجهد، يؤدي التعرض المديد للشمس إلى انقلاب لون البقع للأبيض نسبة إلى الجلد المسمر حولها (الشكل القاصر) بسبب حمض الأزيليك الذي يفرزه الفطر، ويؤدي إلى تثبيط خميرة التيروزيناز المسؤولة عن التصبغ.

الوجودات الخبرية: تعطي أشعة وود تألفاً أصفر، ويبدي تحري الفطور المباشر من الوسوف وجود خيوط فطرية عريضة قصيرة ومتقطعة توجد بينها عناقيد من أبواع فتبدو بمنظر يسمى (سباكيتي مع كرات اللحم).

التشخيص التفريقي: تلتيس أحياناً بالتهاب الجلد المثي، لكن اندفاعاته تكون حمامية، وبالنخالية الوردية، كما تشبه في شكلها القاصر النخالية البيضاء والإفرنجيات القاصرة.

المعالجة: تستعمل الشامبوات واللوسيونات الحالة للوسوف والماتلة للفطور، مثل شامبو الكيتوكونازول ٢٪ وسلفيد السيلينيوم، وبيريتون الزنك. وتكون العالجة المثلى باستخدام شامبو مضاد للفطور يتبعه دهن كريم أو محلول إيميدازولي يومياً أو كل يومين مدة أسبوعين على الأقل.

#### ٣- الفطارات الجلدية الناجمة عن المفن:

العفن فطر رمام، ومن إصاباته التادرة فطارات الأطفار والتهاب الأذن بالرشاشيات والسعفة السوداء.

الظواهر الثناهية في الفطارات؛ يقاوم الثوي الخمج الفطري بطريقتين،

أ- آليات مناعية: فالفطور تفعل سبيل المتممة البديل، وللعدلات تأثير قاتل للفطور، وهناك عوامل مصلية مثبطة للفطور، أما ناقلة الحديد transferrin غير المشبعة فترتبط بالحديد الضروري لنمو الفطر وتحرمه منه مثبطة بالتالي نموه.

شأن المناعة الخلطية في أخماج الفطور محدود، أما الألية المناعية المهمة فهي فرط الحساسية الأجل من النمط الرابع.

وتتكوّن هذه الاستجابة المناعية بعد إصابة المريض الأولى بالخمج الفطري، ويتّضح تأثيرها المُثبّط لنمو الفطور في إصابته الثانية بالخمج بحدوث ثلاثة مظاهر: تبدو الأفة حمامية التهابية، تصعب فيها مشاهدة هذه الفطور مجهرياً لندرة وجودها، كما أن الخمج يبرأ على نحو باكر نسبياً.

ب- آليات لا مناعية: تشكل البشرة السليمة بانقسامها المستمر وتوسفها حاجزاً دفاعياً، كما أن عمر المريض وجنسه وعرقه ووضعه الصحي والغدي والوراثي تعد عوامل مهمة: فالفطارات تكثر في التأتبيين وتشتد في السكريين.

الطفحة الفطرية؛ هي ارتكاس تحسسي جلدي موضع أو معمم تجاه المستضدات الفطرية يسمى الطفحة الشعروية لتدمم تجاه المنافضة الشعرويات، أو الطفحة بالمنافضة بالمبيضات، ويرافق المطارات الحادة الالتهابية. وتتراجع الطفحة بتراجع الأفة الأدلية.

يرافق سعفة القدم الحويصلية الفقاعية ارتكاس ثانوي يسمى خلل التعرق dyshidrosis؛ فترى على اليدين وجوانب الأصابع اندفاعات حويصلية متوترة حاكة.

أما شهدة الفروة فيرافقها طفح لا نوعي منتشر، حمامي حطاطي أو حصبوي الشكل، أو يرافقها طمح موضع نوعي كالحمامي متعددة الأشكال أو الحمامي العقدة، وتكون الاندفاعات الثانوية المواكبة لأدواء المبيضات حمامية وسفية أو أكزمائية.

تظهر الطفحات التحسسية في أثناء معالجة الفطارات، وتحرضها زيادة امتصاص المستضدات بسبب تحطم العضويات الممرضة، ووقاية تضاف الستيروئيدات خارجاً أو داخلاً مع مضادات الفطور في بدء معالجة الفطارات المنتشرة أو الالتهابية،

#### معالجة الفطارات:

# أ- المالجات الموضعية:

- مركبات الإيميدازول (كالميكونازول والكلوتريمازول)
   فعالة في كل الفطارات.
- مركبات الأليل آمين كالنافتيفين والتربينافين فعالة
   في آفات الفطور، وأقل فعالية في آفات الخمائر.
  - البولينات أهمها النيستاتين تؤثر في الخمائر فقط.
- معالجات متنوعة؛ مرهم وايتفيلد والكحول اليودي والتولنفتات، والأمورولفين المستعمل في قطارات الأظفار.

يه المالجات العامة؛ تستطب في سعف الأظفار والفروة وفي الأشكال الشديدة للسعف الأخرى.

(۱)-الغريزيوفولفين: دواء كابح للفطور fungistatic، فعال في الفطارات السطحية في الجلد والشعر والأظفار، ولا يؤثر في الفطور العميقة أو الخمائر أو العفن، يمتص جيداً مع الوجبات الدسمة وامتصاص الشكل فائق الدقة منه أفضل بمرة ونصف من شكله الدقيق. يتفشى من النهايات الوعائية إلى السوائل خارج الخلوية إلى طبقات البشرة ليرتبط بشدة مع الكيراتين الحديث فيصبح عصياً على الفطور. تأثيراته الجانبية هضمية وصداع وتحسس ضيائي، وقد يفاقم ذئبة حمامية سابقة، لا يستعمل في الحمل.

ئر پولگون	ظركرنازيك	فيترلكونازول	كيتوكونلزول	غريزيوفراقين	
		ð	4		المبيكلومن <u>يورين</u>
		A			الريعامييسين
		<b>→</b>			الترايناتين
		<b>•</b>			الديجوكسين
	<b>.</b>				الفيتيتوثين
				N	الفينوبارييتال
		A			الكارياسازيبين
	+			<b>-</b>	الوارفارين
<b>→</b>	<b>+</b>				النورترييتيلين
	÷				التلكز وليموس
4					السرميتردين
				->	ملعات الحمل
				->	المطوسيلات
	<b>+</b>	÷	<b></b>		الستيرونيدات

يشير - إلى تنظمن فتركير فياشمي للدواء فعشار إليه بالسهم [ يشير + إلى زيادة فتركيل فبالسمي للدواء فعشار إليه بالسهم ٢٠٠٠ فلرن الأمود: تأثر مترسط الأهمية ، فلون الأحسر تأثر مهم دو فعكس مويري.

الجدول (٣) بيين التأثرات الدوائية للضادات الفطور

(٣)- مضادات الضطور من زمرة الأزولات azoles: أدوية كابحة للفطور، تثبط أنزيم سيتوكروم P-450 الموجود في الغشاء الخلوي الفطري، ولها تأثرات دوائية مهمة (الجدول ٣)، ولا تستعمل في أثناء الحمل، وتضم مجموعتين: القديمة وهي الإيميدازولات والحديثة التريازولات وهي أكثر سلامة نحو الكيد.

• الكيتوكونازول ketoconazole: مركب إيميدازولي، يغيد في معظم الفطارات وأدواء المبيضات، يحتاج امتصاصه إلى وسط معدي حمضي، يستقلب كبدياً، ينهى بالمقادير الكبيرة منه تشكل الستيروئيدات القشرية والأندروجين. أهم تأثيراته الجانبية السمية الكبدية، ومنها التثدى ونقص الخصوبة.

● الإيتراكوبازول itraconazole مركب تريازولي فعال ضد الفطور والخمائر والعفن. يزداد امتصاصه مع الطعام، ويستقلب في الكبد، يعطى في فطارات الأظفار، ويفيد في أدواء المبيضات والفطارات المجموعية والعميقة. تأثيراته الجانبية هضمية وقد يؤدي إلى ارتفاع الخمائر الكبدية والشحوم الثلاثية.

الفلوكونازول fluconazole: مركب تريازولي يتوافر بشكلين وريدي وفعوي، لا يتأثر امتصاصه بالطعام، يعطى في أدواء المبيضات والمستخفيات على نحو رئيس ويفيد في معظم السعف، أدت كثرة استعماله في مرضى الإيدز إلى نشوء حالات مقاومة له، تأثيراته الجانبية هضمية ونادراً ما ترتفع خمائر الكبد.

(٣)- التربيناهين terbinafine: أليل أمين ثالثي، قاتل وكابح للفطور جيد التحمل، عمله مستقل عن السيتوكروم (P450 تأثيراته الجانبية هضمية، ونادراً ما يؤدي إلى قلة العدلات والاندفاعات الدوائية. يعطى في معالجة الفطارات الظفرية، قليل الثأثير في الخمائر، لا يمطى للحامل والرضع، ولا توجد له تأثرات دوائية مهمة سريرياً.

(1)- مركبات البولين، قطيم النيستاتين والأمفوتيريسين ب amphotericin B .

النيستاتين nystatin: عقار كابح وقاتل للفطور، يطبق موضعياً في أدواء البيضات الجلدية والمخاطية، ويستعمل فموياً في أفات البيضات الهضمية للنع انتشارها إلى الجلد حول الشرح والفرح، وهو لا يعتص من الجهاز الهضمي، تراوح جرعته بين ٥٠٠ ألف ومليون وحدة تؤخذ ٣-٤ مرات يومياً حتى التحسن.

الأمفوتيريسين ب amphotericin B: يؤثر في الغشاء الخلوى الفطرى، يسرَبُ وريدياً في المستشفى لكثرة تأثيراته

السمية والكلوية والدموية والكبدية والأرجية، وقد انحسر استعماله لسميته وظهور الأزولات الضموية والوريدية كالفلوكونازول والفاريكونازول.

# ثانياً- الفطارات العميقة:

# ا- داء الشعريات البوغة sporotrichosis:

خمج فطري مزمن، تسببه الشعرية المبوغة الشنكية sporothrix schenckii تدخل من الجروح التي تصيب أطراف المزارعين.

تظهر في الشكل الالتهابي اللمفاوي عقيدة أولية على اليد أو القدم مكان دخول العضوية، ثم تصاب أوعية المنطقة اللمفاوية بالخمج ويتظاهر ذلك بسلسلة عقيدات ثانوية، قد تتقرح أو تتنوسر أحياناً (الشكل ٢٤)، يميز هذه الأفات توضعها الموافق لمسير الوعاء اللمفاوي وكونها غير مؤلة، وإزمانها لسنوات إذا لم تعالج.



الشكل (٣٤) داء الشعريات المبوعة

أما الشكل الثابت فيتجلى بالتهاب عقيدي حبيبومي وحيد لا تصاب فيه الأوعية اللمفاوية، وينجم الشكل الجهازي النادر عن استنشاق الفطر الذي ينتشر دموياً في الجهاز العصبي والعظام، وقد يحدرت في الجلد خراجات منتشرة باردة متنوسرة.

التشخيص التفريقي بينه وبين اللايشمانيا وسل الجلد والفطروم يتم بزرع الفطور من قيح أو رشافة العقيدات، وترى بالخزعة الفطور محاطة بالحمضات مشكلة ما يسمى الجسم النجمي الميز للإصابة.

المعالجة؛ تعالج الأشكال الجلدية بمحلول يودور البوتاسيوم المشبع (٥) قطرات ثلاث مرات يومياً تزاد بالتدريج حتى ٢٠-٢ قطرة ثلاث مرات يومياً، والمالجة البديلة هي الإيتراكونازول أو الأمفوتيريسين ب.

#### ٧- القطروم:

خمج موضع مزمن يصيب القدم وأسفل الساق ونادراً اليد، ينجم الفطروم mycetoma عن عدة عوامل ممرضة فطرية،

مثل المادوريلا والشعيات الهوائية aerobic actinomycete، وجرثومية كالجراثيم الشعية، والنوكارديات.

تلج العوامل المرضة من رض أو خدش لتؤوف الجلد والنسيج الخلوي والعظام، وتندر الانتشارات البعيدة والضخامات المعقدية، أما الأعراض السريرية للفطروم فتتظاهر بتوذم الطرف واحمراره، وحبيبومات التهابية، وخراجات ونواسير إضافة إلى إطراح حبيبات صضر أو سود تحوى الفطور، وتكون الأعراض العامة خفيفة.

التشخيص، يلتبس الفطروم بنات العظم والنقي المُرَمنة وداء الشعيات، ويتم التشخيص بزرع العوامل المرضة والخزعة.

المعالجة: في الحالات الجرثومية المنشأ يشرك الدابسون والستربتوميسين، أو السلفاميتوكسازول - تري ميتويريم والريضامبيسين، ويعطى في الحالات الضطرية المنشأ الإيتراكونازول، وقد يلجأ أخيراً إلى بتر الطرف.

#### ٣- داء الشميّات:

خمج يذكر دوماً مع الفطارات مع أن سببه جراثيم خيطية إيجابية الغرام لا هوائية اسمها الفطر الشعي الإسرائيلي actinomyces israelii وتوجد طبيعياً هي اللوزات والأستان المنخورة، تنزرع عميقاً وتصبح ممرضة حين توافر الشروط اللاهوائية ؛ كالجروح الواخزة وياقتلاع الأسنان.

يتميز داء الشعيات actinomycosis باندفاعات عقيدية عميقة مرتشحة حمر قاسية، تتميع مشكلة جيوباً قيحية تتنوسر عبر الجلد وتطرح مفرزات مبيضة أو مصفرة تعرف بحبيبات الكبريت (sulfur granules) تحوي كتلاً من العوامل المرضة، وكثيراً ما تمتد هذه الصموغ عميقاً إلى العظام المتوضعة تحت الجلد. ومن أشكاله السريرية الشكل الوجهي الرقبي وهو الأكثر شيوعاً (الشكل ٢٥).



الشكل (٢٥) داء الشعيات الوجهي

يليه التوضعات الصدرية إذ يؤدي استنشاق العوامل المرضة إلى خمج رئوي، ما يلبث أن يتنوسر على جدار الصدر والأضلاع.

وعندما يصاب الجهاز الهضمي يمتد الخمج من الأحشاء ليتنوسر على الجلد وقد تحدث الخراجات في الفقار أو المبيض أو الكلية، يتلو الشكل الحوضي عادة استعمال اللوالب داخل الرحم، أما هاء الشعيات الأولي في الجلد فهو نادر جداً.

التشخيص التفريقي: قد تلتبس آفات الفطر الشعي بشكل من التدرن هو الخنزرة، ويأورام الجلد والإفرنجي الثالثي.

التشخيص، يفتش عن الحبيبات الكبريتية بفحص قيح التواسير، وتبدو بالخزعة الملونة بطريقة غرام الخيوط الإيجابية الغرام المتمرعة بشكل يشبه الأشعة معطية للمرض اسمه.

المعالجة: بالبنسيللين زرقاً عضلياً أو عن طريق الفم، يمكن أيضاً استعمال الأمييسيلين، والإريت روميسين، والسفترياكسون، وقد يتطلب العلاج الشق الجراحي.

#### ثالثاً- الفطارات الجموعية:

ولها **توعان**، الفطارات التنفسية المتوطنة endemic، والأخماج الفطرية الانتهازية الجموعية.

#### ١- الفطارات التنفسية التوطنية:

أ- داء النوسجات histoplasmosis؛ مرض نادر له شكلان؛ (١)- الشكل التقليدي أو الأمريكي؛ يؤدي استنشاق (النوسجة المغمدة) إلى أخماج رئوية تنتشر دموياً إلى الأحشاء وقد تصل إلى الجلد والمخاطبات.

تنجم الأفات الجلدية إما عن تشكل المعقدات المناعية، كالحمامي عديدة الأشكال والحمامي العقدة، أو بالامتداد الموضعي للمرض من الرئة، أو بالانتشار الدموي للمرض فترى عقيدات صغيرة تشبه المليساء المعدية، وقد تتطور تقرحات فموية بلعومية في الحالات المزمنة، ونادراً ما يكون باب دخول الفطر جلدياً يؤدي إلى تشكل عقيدة أولية (وتحدث العلامات الجلدية للفطارات المجموعية الأخرى كداء المستخفيات والداء الكرواني والداء نظير الكرواني بالأليات الأربع السابقة نفسها).

يُميّز المرض من بقية الفطارات المجموعية واللايشمائيا بتحري الفطور وزرعها من الدم المحيطي أو خزعة العضو المصاب، وتفاعل تثبيت المتممة.

(١)- الشكل الإفريقي: تراوح توضعاته الجلدية من
 الحطاطات المليسائية الشكل إلى الخراجات الباردة
 والتقرحات، ويشخص بزرع الفطور.

المعالجة: العلاج الانتقائي هو مركب الإيتراكونازول ولاسيما في مرضى الإيدز، أو الأمفوتيريسين ب.

ي- القطار البرعمي blastomycosis: ويسمى القطار البرعمية القطار البرعمية المسلم البرعمية البرعمية البرعمية البرعمية البرعمية البرعمية التدرن، شم رثات المزارعين النبين يستنشقون الأبواغ مقلداً التدرن، شم ينتشر إلى الجلد والعظام والجهاز العصبي المركزي والأعضاء الأخرى.

يؤدي جلدياً إلى أفات حطاطية متعددة أو عقيدية متناظرة على الوجه ونهايات الأطراف.

التشخيص التضريقي: يجب التضريق بينه وين الحبيبومات الجلدية والتدرن، والفطارات العميقة الأخرى، وأورام الجلد.

يشخص بتحري الفطور وزرعها، ويعالج بالأمفوتيريسين ب وريدياً هي الشكل المنتشر، وبالإيتراكونازول في الحالات الأقل خطورة.

# ٧- الأحماج الفطرية الانتهازية الجموعية:

وهي تصيب أساساً معوزي المناعة كالمصابين بالإيدز أو بقلة العدلات الرافقة للخباثات أو المغترسين، يساعد حدوث الاندفاعات الجلدية – على الرغم من ندرتها- على وضع التشخيص لوضوحها للعيان وسهولة إجراء خزعة منها، وتضم هذه الأخماج الفطرية الانتهازية عدة أخماج، مثل: داء المبيطات المجموعي systemic candidiasis، وداء الرشاشيات spergillosis، وداء النوكارديات nocardiosis.

فالرشاشيات عفن رمام يوجد في الطرق التنفسية العليا، لكنه قد يسبب في ذوي المتاعة المتدنية داء الرشاشيات الرئوي، أو التهاب الجيوب، أو التهاب المعلقات، أما داء الرشاشيات الجلدي فنادر، تستجيب الرشاشيات للأزولات.

أما التوكارديا فهي جراثيم خيطية تسبب داء التوكارديات حين تدخل من الجروح مؤدية إلى أفات تشبه داء الشعريات المبوغة، أو أورام الشعيات. وإذا استنشقت تؤدي إلى آفات رثوية تشبه التدرن، وإذا تعممت دموياً تسبب مرضاً مجموعياً وانتقالات جلدية خراجية. ويتم علاجها بالكوتريموكسازول cotrimoxazole، كما يستعمل الأمبيسيللين والمينوسيكلين.

# أولاً- أدواء الليشمانيات leishmaniasis:

ينجم داء الليشمانيا عن خمج طفيلي سببه طفيلي وحيد الخلية من الأوالي ينتمي إلى عائلة المثقبيات، يعيش في الخلايا البالعة وخلايا الجهاز الشبكي البطاني في الفقاريات.

يوجد في العالم نحو ١٨ مليون إصابة، كما يسجل نحو مليون ونصف مليون إصابة سنوياً، إضافة إلى حدوث نحو ٧٥ ألف حالة وفاة سنوياً من جراء الإصابة بالليشمانيا الحشوية.

# العامل الناقل ومستودع طفيلي الليشمانيا:

العامل الناقل حشرة صغيرة تدعي ذبابة الرمل sand fly. تنتمي إلى جنس الفواصد وذلك في العالم القديم، أو تنتمي إلى نوع اللوتزوميا lutzomyia في العالم الجديد. وتقوم بنقل الطفيلي من الحيوانات البرية أو الإنسان.

تميش الفواصد في المناطق الحارة والمعتدلية وفي الصحاري والغابات وتمتص دم الأثوياء التي تشكل مستودعات طفيلي الليشمانيا (الإنسان المصاب والجرابيع والكلاب والثعالب). وحين تتغذى الحشرة بدم الخازن تبتلع الطفيلي بشكله اللاسوطي amastigote الذي يتحول إلى الشكل السوط في أمعاء الطفيلي ثم تهاجر الطفيليات إلى الغدد اللعابية لهذه الغواصد وعندما يلدغ الغاصد الحامل الإنسان السليم وخاصة في المناطق المكشوفة من الجسم فإن ما بين ١٠٠-٢٠٠٠ طفيلي مسوطة تخترق الجلد عادة لتتحول خلال ٢٤ ساعة إلى طفيليات مسوطة قادرة على غزو أنسجة الثوي، وتحدث عملية مناعية متواسطة الخلايا في الملدوغ الثوي، وتحدث عملية مناعية متواسطة الخلايا في الملدوغ

#### الأشكال السربرية:

تقسم أدواء الليشمانيا سريرياً إلى أربعة أنواع: الليشمانيا الجلدية، والليشمانيا الجلدية المنتشرة، والليشمانيا المخاطية الجلدية، والليشمانيا الحشوية.

#### :cutaneous leishmaniasis الليشمانيا الجلدية

لها أسماء محلية عديدة: حبة حلب وحبة بغداد ودمل الشرق... ومن العوامل المسبية لهذا النوع من الليشمانيا: طفيلي الليشمانيا الكبيرة l.major، والليشمانيا المدارية المدارية الليشمانيا الأثيوبية l.acthiopica والليشمانيا الأثيوبية l.acthiopica.

# أ- الليشمانيا الجلدية بطفيلي الليشمانية الكبيرة:

وتسمى الشكل الرطب أو الريضي، وعامله الثاقل نوع من الفواصد يسمى فاصدة باباتازي phlebotomus papatasi؛ أما مستودعات الطفيلي فهي الجرابيم والقوارض، تشاهد الإصابة في آسيا وإفريقيا وأوريا في المناطق المدارية وتحت المدارية والشرق الأوسط، بعد فترة حضانة تراوح بين ١ و٤ أسابيع ووسطيا أقل من شهرين يظهر اندفاع حمامي حطاطي واحد أو أكثر ولاسيما على المناطق المكشوفة من الجسم كالوجه واليدين ونادراً ما يصيب الجذع، ويعف دوماً عن إصابة الراحتين والأخمصين والفروة، وقد يصاب صيوان الأذن وذروة الأنف والشفة السفلى والجفن العلوى، ويعد مرور عدة أسابيع تأخذ هذه الاندفاعات بالاتساع لتصل أقطارها إلى 1-1 سم، وتتشكل في مركز الأفات جلبة تغطى قرحة وإذا ما نزعت هذه الجلبة بدت على وجهها الباطن استطالات خيطية بطول ٢-٤ ملم غائرة بين الدرا الحليمية لذلك سميت هذه الجلبة الجلية المتقطة أو المسمرة. ويبدو تحث الجلبة تقرح سطحي ذو قعر محبب ومغطى بمادة فيحية مدماة تتكثف لتشكل جلبة جديدة، أما محيط الآفة فيكون وذمياً حمامياً أحمر فاتحاً، وقد توجد أحياناً حطاطات صغيرة تابعة حول الأفة الأولية. تتميز هذه الآفة بكونها غير مؤلة، وتشفى عادة خلال ٦ أشهر مخلفة مكانها تدبة ولكنها قد تبقى أحياناً فعالة أكثر من ٢٤ شهراً.



الشكل (١) الليشمانيا الجلدية بالليشمانيا الكبيرة

ب- الليشمانيا الجلدية بطفيلي الليشمانيا المدارية، وهي المسببة للشكل الجاف المدائني، دور حضانة هذا النوع من الليشمانيا أكثر من شهرين (٢-٨ أشهر)، ومستودعها الإنسان على نحو رئيس، والجرذان على نحو أقل. وتشاهد الإصابة في جنوبي أوربا وجمهوريات الاتحاد السوشييتي السابق والشرق الأوسط.

تبدأ الإصابة بظهور حطاطة حمامية صغيرة غير مؤلة تتحول إلى عقيدة حمامية بنفسجية، يبلغ قطرها ١-٢سم، وذلك خلال ٢ أشهر وتغطيها جلبة مسمارية شديدة العلوق، تشفى عادة بعد نحو سنة مخلفة ندبة ضمورية، ولوحظ أن الإصابة بالشكل الجاف تميل لأن تكون وحيدة يرافقها التهاب شديد يتطلب شفاؤها زمنا كبيرا وهي معندة على المعالجة إضافة إلى احتمال حدوت النكس. الشكل النموذجي للشكل البحاف هو الشكل الدملي القشري لكنه يبدو بأشكال غير نموذجية مثل الشكل الصدفي والضيلي والثؤلولي والرتشح والحمامي والعليقي.

ج- الليشمانيا الجلدية بالليشمانيا الطفلية، يوجد هذا النوع في بلدان حوض البحر الأبيض المتوسط ولاسيما في جنوبي أوربا (اليونان وإسبانيا وإيطاليا) وشمالي إفريقيا. سريرياً، تشبه هذه الأفات الإصابات الناجمة عن الليشمانيا الكبيرة لكن فترة حضائتها أقل، ومستودع الإصابة هو الكلاب على الخصوص، وإصابة الأطفال بهذا الشكل قد تؤدي إلى إصابة حشوية.

د- الليشمانيا الجادية بطفيلي الليشمانيا الإثيوبية: تنتشر الإصابة بها في كينيا، والسودان وإثيوبيا، وتتصف أفاتها بشدة الالتهاب ترافقها سواتل تتوضع جانب الافة الأساسية التي تصيب الجلد وأغشية الشفتين المخاطية، وتشبه إلى حد معين الليشمانيا المنتشرة، ويستفرق شفاء الإصابة عدة سنوات.

الليشمانيا الموضعة الناكسة: هي إحدى مضاعفات الإصابة بالليشمانيا المدارية وتتظاهر باندفاعات جديدة مكان ندبة اندفاع قديم أو جديد أو حولها. تكون هذه الأفات بشكل حطاطات أو درنات صغيرة قاسية مصفرة أو بنية مكسوة بوسوف رمادية، وتبدي بالضفط الزجاجي علي سطحها علامة هلامة التفاح (الشكل الناباني) وقد تتقرح اندفاعاتها، وتستمر هذه الأفات مدة سنوات طويلة، وهي معندة على المالحة.

۲- الليشمائيا الجلدية المتشرة diffuse:

تعزى إلى طفيلي الليشمانيا الإثيوبية. يشاهد هذا النوع

من الليشمانيا في السودان وإثيوبيا وكينيا وطنزوبلا.

تبدأ الإصابة بعقيدة واحدة أو لويحة على المناطق المكشوفة، ثم تظهر اندفاعات بعيدة، يزداد عددها ويكبر حجمها بالتدريج لتصيب جميع أنحاء الجسم تقريباً، أما الأغشية المخاطية والأعضاء الحشوية فلا تصاب، ويختلف سير هذه الإصابات من حالة إلى أخرى وعموماً يسير هذا النوع من الليشمانيا سيراً مزمناً نحو الأسوا كما تكون معندة على المعالجات، ويرى الباحثون أن هذا الشكل قد يكون سببه عوزاً مناعياً في المضيف.

التشخيص التفريقي للليشمانيا الجلدية: يفرق بين النيشمانيا الجلدية: يفرق بين النيشمانيا الجلدية وبين الدمامل والقوباء والنئبة الحمامية والسرطانة قاعدية الخلايا، وأما الأشكال المزمنة منها فيفرق بينها وبين النئبة الدرنية والجنام الدرني، ويفرق بين الأشكال القرحية وبين قرحات السرطانة قاعدية الخلايا القارضة، واللمفومات الجلدية وأورام الخياشات الجلدية الأخرى.

٣- الليشمانيا الجلدية المخاطية mucocutaneous:

توجد في أمريكا الجنوبية وعاملها المسبب الليشمانيا البرازيلية أو الكسيكية. أما الناقل فهو من نوع اللوتزميا وهو يختلف عن ناقل العالم القديم.

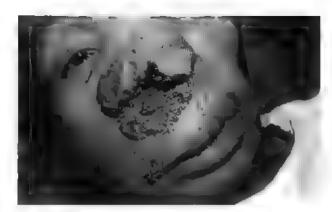
الوياليات: يسود هذا الشكل في الأرياف ومناطق الغابات في أمريكا اللاتينية والسيما في البرازيل والبيرو والنزويلا، حضائته وسطياً ٢-٣ أشهر.

الأعراض السريرية، يصيب هذا الشكل على نحو خاص الأنف والبلعوم والحنجرة، وغالباً ما تبدأ الإصابة بتشكل قرحة على الأنف في مكان اللدغ مغطاة بجلبة جافة لا تلبث أن تمتد وتصيب غضروف الأنف، كما تؤثر تأثيراً مخريباً وجادعاً بانهيار الجسر الأنفي مما يصبح معه شكل الأنف كشكل منقار الببغاء أو أنف الجمل (الشكل ٢).

يرافق هذه الإصابة انسداد الأنف ونزوف متكررة، وتمتد إلى الشفتين حيث يصاب الغشاء الباطئي للغم (شراع الحنك واللهاة واللوزتين واللسان)، ثم ما يلبث أن يصاب البلعوم والحنجرة مخلفاً أفات جادعة، وتصيح الإصابة مهددة للحياة ولاسيما حين يرافقها خمج ثانوي. وتراوح الفترة الزمنية بين بده الإصابة وحدوث المضاعفات ما بين ٢ الفترة الزمنية بين بده الإصابة وحدوث المضاعفات ما بين ٢

يعتمد التشخيص على الموجودات السريرية وذلك لصعوبة كشف الطفيلي في الأفات.

التشخيص التضريقي: بينها وبين الإفرنجي والسل



الشكل (٢) الليشمانيا الجلدية الخاطية

# والجذام والصلبوم الأنفيء

# الليشمانيا الحشوية visceral;

يسمى هذا النوع أيضاً الحمى السوداء kala azar، ومناطق الإصابة به الهند والصين والمنطقة الجنوبية من الاتحاد السوطييتي السابق وأمريكا اللاتينية وافريقيا وحوض التوسط.

#### العامل السيبء

- الليشمانيا الدونوفانية L. donovani في إفريقيا والهند.
- الليشمانيا الطفلية في حوض البحر الأبيض المتوسط.
- الليشمانيا الشاجاستية L. chagasi في أمريكا
   لجنوبية.

المستودعات: الرجل المصاب هو الثوي المصاب بالمرض في إفريقيا والهند، أما في آسيا الوسطى فالثوي المصاب هو ابن أوى وهو في أمريكا الجنوبية الكلاب.

تراوح فترة الحضانة بين شهر وأربعة أشهر من حدوث اللدغ، وتحدث بعدها حمى متقطعة وضخامة كبدية وطحالية وشذوذ عناصر الدم (ندرة المجببات وفقر الدم وقلة الصفيحات) يرافقها نقص الوزن والرعاف وظهور الفرفرية. وتظهر بقع مصطبغة على الوجه مكان الجبهة والصدغ وحول الفم وفي الساقين ومنتصف البطن وقد تظهر أحياناً اندفاعات جلدية تشبه اندفاعات الليشمانيا الجلدية.

وتصاب الأعضاء الداخلية بالليشمانيا كالكبد، والطحال ونقي العظم والعقد اللمفية، وإذا أهمل الريض أو لم يعالج فقد ينتهى الأمر بالوفاة خلال سنتين من بدء الإصابة.

الليشمانيا الجلدية التالية لليشمانيا الحشوية: يحدث هذا الشكل الخاص من الداء خلال تلقي المعالجة أو بعد المعالجة مباشرة ويحدث أحياناً بعد سنتين من المعالجة. وينظاهر سريرياً ببقع قاصرة الصباغ موضعة على الوجه والنراعين والجذع إضافة إلى الدفاعات حطاطية تؤلولية

الشكل تبدي نسيجياً تشكلاً درنياً، وقد يوجد طفيلي الليشمانيا في هذه الاندفاعات.

# تشخيص الليشمانيا:

أ- تحري الليشمانيا المباشر؛ وهي طريقة سريعة وسهلة وزهيدة التكلفة، وتتم بأخذ عينة من محيط الأفة بوساطة ابرة ثم تلون بمحلول غيمزا Giemsa بعد فرشها على صفيحة زجاجية، ثم تفحص تحت المجهر لتحري الطفيلي وغالباً ما تكون النتائج إيجابية في الأشكال الحادة، ولكن سلبية هذا الاختبار لا تنفى الإصابة ولاسيما في الأفات الزمنة.

ب- الزرع: يجرى لتأكيد التشخيص على وسط NNN أو وسط شنايدر.

ج- الخزعة الجلدية: يلاحظ في الشكل الحاد ضمور بشروي وتقرح أو فرط تصنع ورشاحة التهابية أدمية مؤلفة من ناسجات ولفاويات وعدلات وخلايا بلازمية، وقد يشاهد الطفيلي داخل هيولي البالعات الكبيرة. أما في الشكل المزمن فيشاهد ورم حبيبي (حبيبوم) درني مع خلايا لمفية ويلازمية محيطية وتقل مشاهدة الطفيلي عادة.

د- اختبار الليشمانين الجلدي (اختبار ليشمانين / مونتنجرو/ دوبوفان)، ويجرى بحقن الجلد ه، املم من معلق يحتوي مستضدات الطفيلي المسوط المقتول، وتقرأ النتيجة خلال ٤٨-٧٧ ساعة وحدوث التهاب أو صلابة أكثر من اسم يشير إلى إيجابية الاختبار.

- ه- اختبار التألق المناعي غير المباشر.
  - و- المايسة الناعية ELISA.
  - ز- تفاعل سلسلة البوليميراز PCR.

ح- تثبيت المتممة أو التألق الناعي في حالة الليشمانيا الحشوية.

ط- بزل عصارة الطحال أو الكبد أو نقي العظم وزرعها في وسط NNN في حالات الليشمانيا الحشوية.

#### المالجة

تشفى الأفات الجلدية من دون معالجة وعلى نحو تلقائي مخلفة تدبات مشوهة وذلك بتحو سنة وسطياً. ولقوم المعالجة الموضعية على:

 أ- حقن أملاح الانتيموان الخماسية كالجلوكانتيم والبنتوستام (١-٢ملم) ضمن الأفة مع تكرار الحقن أسبوعياً مدة ٦ أسابيع.

ب- حقن مصادات الملاريا كالميباكريين (١-٢٪ في ١٠٪ في محلول ملحي ضمن الأفة).

ج- المعالجة القرية كالازوت السائل أو الثلج الفحمي.

aparomomycin أو مراهم موضعية كالبارومومايسين مرهم إيميكمود imiquimod.

ه- الليزر, Co.

و- الاستئصال الجراحي.

أما المالجة الجهازية فهي:

أ- أملاح الأنتموان وهي المالجة المنتخبة ومنها:

● الجلوكانتيم ويعطى حقناً عضلياً (٥٠-٦٠ ملغ/كغ) مدة

 البنتوستام ويعطى حقناً عضلياً (٢٠ملغ/كغ) مدة ٢٠ يوماً، ومن مضادات استطباب أملاح الأنتموان الأفات القلبية والكلوية والكيدية.

ب-مضادات المالارياء مثل الكلوروكين ، ٢٥ ملغ مرتين يومياً مدة يومين وبعدها ٢٥٠ملغ مرة واحدة مدة ٢-٢ أسابيع.

 إلسيكلوغتيل باموات حقنة عضلية ٢٥٠ملغ تعاد بعد شهر إلى ثلاثة أشهر.

ه- مضادات القطور؛ منها كيتوكونازول ٢٠٠-٤٠٠ملغ يومياً، وايتروكينازول ٢٠٠ملغ يومياً لعدة أسابيع.

ه- مضادات التدرن: ريفامبيسين ١٠٠ ملغ، مونومابسين ١٠٠-١٠٠ ألف وحدة كل ١٢ ساعة مدة ١٠-١٤ يوماً.

و- الالوييرونول ٣٠٠ملغ باليوم مدة ٢٠ يوماً.

أما الإصابة بالليشمانيا الحشوية فتعالج بحقن أملاح الأنتموان مدة ٢١-٢١ يوماً، وحين إخفاق المالجة يعطى الأمفوتريسن ب.

تمتمد الوقاية على النوم تحت الكلَّة (الناموسية) ورش المبيدات الحشرية في المناطق الموبوءة بالضاصدات، والأبحاث مازالت مستمرة الإيجاد علاجات ناجمة ولقاحات من أجل

ثانياً-الأمراض الجلدية الأخرى الناجمة عن الملفيليات: يطلق تعبير epizoonosis على جميع الأفات الجلدية الناجمة عن الطفيليات التي قد تتطفل وتعيش على سطح الجلد (القمل والجرب)، أو التي لا تعيش على سطح الجلد (لسع الحشرات).

الانتشار؛ تنتشر هنه الأدواء في المناطق ذات المناخ المعتدل. ويزيد من انتشارها الظروف الصحية السيئة؛ والاكتظاظ السكاني وازدهار السياحة، كما أن لبعض العوامل المناعية والوبائية شأناً في ذلك.

#### :scables الجرب -۱

جلاد تسببه القارمة الجربية الإنسانية sarcoptes scabiei var hominis . يتصف بعدواه الشديدة، وبحكته الليلية.

الوباليات: تحدث نحو ٣٠٠ مليون إصابة سنوية بالجرب في جميع أصفاع الأرض وفي جميع الأعراق والأجناس.

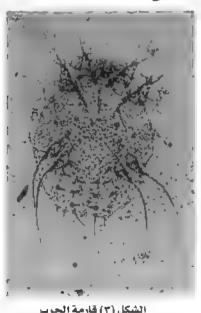
وقد يأتي الجرب دورياً itcyclic يزداد عدد الإصابات فترة زمنية معينة ثم تقل (ضمن فاصل زمني يراوح بين ٢٥-٣٠ سنة)، ويعزو بعضهم ذلك إلى العوامل المناعية.

أما العوامل اللؤهية للإصابة فعديدة منها الازدحام السكاني، وعدم أتباع شروط النظافة، والحرية الجنسية في بعض الدول، والحروب والكوارث الطبيعية، وازدهار السياحة. وأكثر الفئات العمرية تعرضا للإصابة هم الأطفال والشباب ولكن جميع الأعمار معرضة لها.

تتم العدوي إما عن طريق التماس المباشر والصميم مع شخص مصاب - الأمير الذي استدعى عدّ الجرب من الأمراض الصغرى المنقولة بالجنس بحسب رأى منظمة الصحة العالمية - وإما عن طريق غير مباشر كاستعمال أغطية الفراش والملابس والحوائج الأخرى.

تنشط القارمة الجربية بدرجة حرارة ٢٥ إلى ٣٠ درجة وتتحرك عدة سنتيمترات خلال ساعة، لكنها تتخرب بدرجة حرارة ٥٥ وتفقد القدرة على الحركة بدرجة حرارة ٢٠، والقارمة الجربية لا تستطيع العيش خارج جسم الإنسان أكثر من ٢ إلى ٣ أيام (الشكل ٣).

المظاهر السريرية: بعد فترة حضانة تراوح بين ٣ أسابيع في الإصابات الأولية ويوم إلى ثلاثة أيام في تكرار الإصابة -لأن المرضى تكونت تديهم مناعة منتجة تلاستجابات الأرجية نجمت عن الإصابة الأولى- تبدأ الحكة التي تكون موضعة في البدء بين أصابع البدين والقدمين أو الأليتين ثم لا تلبث



الشكل (٣) قارمة الجرب

أن تتممم لجميع أنحاء الجسم وتتفاقم خصوصاً ليلاً بعد الدفء بالدثار الدافئ.

أما العلامات المشخصة: فهي رؤية الأنفاق burrows التي تبدو بشكل خطوط مستقيمة أو متعرجة أو بشكل حرف S يراوح طول كل منها بين ١ و١٠ ملم (الشكل ٤). ويقع في طرف كل نفق حويصل دقيق يدعى الحويصل اللؤلؤي يمثل مكان دخول القارمة.



الشكل (٤) أنفاق الجرب بين الأفوات



الشكل (٠) جرب القضيب

أما المناطق الانتقائية للعثور على هذه الأنضاق المؤكدة لتشخيص المرض فهي مناطق التوضعات الانتقائية للجرب وهي أفوات ما بين أصابع اليدين وأفوات أباخس القدمين والراحتان والأخمصان خاصة عند الأطفال، والمرفقان ومقدمة الثنيات الإبطية والخاصرتان والأليتان والقضيب في الذكور (الشكل ه) والثديان في الإناث.

ومن المهم ملاحظة عدم إصابة الرأس والوجه والمنطقة العلوية ما بين فقرات الظهر باستثناء إصابة الوجه في الطفل الرضيع إذا ما كانت أمّه مصابة بالجرب، إضافة إلى هذه العلامات المشخصة قد تشاهد اندفاعات أخرى جلدية غير نوعية لكنها على أهمية كبيرة في التشخيص تتمثل في التسحجات الخطية (ناجمة بشكل ثانوي عن الحكة) والاندفاعات الحطاطية الحويصلية والبثرات والجلبات والتهاب الأجربة والأشكال العقيدية وذلك في الأمكنة التي توجد فيها الأنفاق.

## الأشكال السريرية:

أ- الجرب النموذجي؛ وهو الذي وصف سابقاً.

ب- جرب الإنسان النظيف؛ يظهر في الأشخاص الذين يعتنون بأنفسهم ويكثرون الاستحمام. ويتميز سريرياً بوجود أفات جلدية قليلة لكن الحكة هي العرض الأبرز، وللوصول إلى تشخيص صحيح يجب استقصاء القصة المرضية مفصلة إضافة إلى الفحص السريري الدقيق ورؤية الهامة الجربية تحت المجهر بعد أخذ لطاخة من الحويصل اللؤلؤي أو من النفق وفرشها على صفيحة زجاجية.

ج-جرب الرضيع؛ إضافة إلى العلامات التي ذكرت سابقاً تلاحظ بعض العلامات الوصفية الأخرى تتجلي بإصابة الراحتين والأخمصين باندفاعات حويصلية بثرية أو بوجود اندفاعات حطاطية عقيدية على المنطقة العليا من الصدر؛



الشكل (١) جرب الرضيع

إضافة إلى إصابة الوجه والفروة (الشكل ٢).

ه- الجرب النرويجي: (شكل نقص الأرجية)، وهو شكل خاص من الجرب يظهر في الأطفال ونادراً في الكبار الذين يعانون من أحد العوامل المؤهبة للإصابة به مثل الاضطراب المناعي أو العوز المناعي (الإيدز) وابيضاضات الدم والدنف السرطاني والمعالجة بكابتات المناعة والستيروئيدات، والاضطرابات الغدية.

يتصف الجرب النرويجي بعدواه الشديدة وبوجود أعداد كبيرة جداً من الطفيلي في جسم الإنسان (١-٢ مليون قارمة جرب). يتظاهر سريرياً باندفاعات ولويحات حمامية وسفية ذات وسوف ثخينة وجلبات تفطي العديد من قارمات الجرب. تتوضع هذه الاندفاعات واللويحات على اليدين والمرفقين والركبتين والكاحلين إضافة إلى الوجه والفروة، كما يشاهد فرط تقرن راحي أخمصي مع تشققات جلدية وضخامة فرط تقرن راحي أخمصي مع تشققات جلدية وضخامة عقدية معممة، وقد تنتشر هذه الاندفاعات في الأشكال الشديدة لتشمل الجسم كله (احمرية).

ه- الشكل المطاطي المستديم عقب معالجة الجرب postscabietic persistent papules: (الشكل الفرط الأرجية) هو شكل نادر من الجرب يظهر في الأطفال، وعلى نحو أقل في البالغين وسبيه فرط، أرجية تجاه طفيليات الجرب. يتصف سريرياً بظهوز حطاطات حمر بنفسجية مرتشحة ومغطاة بجلبات دموية تحدثها الحكة، تتوضع هذه الحطاطات على الجذع والأليتين والخاصرتين والأعضاء التناسلية والفخذين وقد يستغرق سيره عدة أشهر.

نسيجياً يشاهد تفاعل حبيبومي تجاه بقايا الطفيلي أو بيوضه حيث تشاهد رشاحة من الحَمضات والناسجات بشكل اللمفوم الكاذب.

و- الشكل المستتر S.incognito: ينجم هذا الشكل عن المعالجة الخاطئة بالستيروئيدات الموضعية التي تغير من شكل الجرب وتؤدي إلى التباسه بأمراض جلدية أخرى.

ر- الجرب الحيواني: تسببه القارمة الجربية الحيوانية التي تعيش على الحيوانات البرية والأليفة وهو شديد السراية والحكة أيضاً، يتميز بفترة حضانة أقل من فترة حصانة الجرب الإنساني، أما طريقة عدوى الإنسان فعن طريق تماس هذه الحيوانات، حيث تؤدي إلى اندفاعات جلدية أكزيمائية، تتجلى بحويصلات وجلبات ووسوف واندفاعات شروية، وتتميز الإصابة بالجرب الحيواني في الإنسان بغياب الأنفاق وعدم تناظر الأفات وسيرها نحو الشفاء التلقائي ويوجود قصة تماس مع الحيوانات.

ينتقل هذا النوع من الجرب إلى العاملين في الحقول أو حمالي الحبوب ولاسيما الحمالين الذين يعملون في مستودعات الحبوب، مؤدياً إلى إحداث اندفاعات أرجية شروية وحكة تشبه الاندفاعات التي تنجم عن الجرب الحيواني وتتوضع على الجذع والأطراف.

معالجة جرب الحبوب: تشفى هذه الإصابة بسهولة كبيرة بعد غسل الجسم بالماء والصابون بفية تخليص الجسم من الحلم، ويتطبيق بعض المحاليل المضادة للحكة مثل مستحضرات الكلامينا وإعطاء مضادات الهيستامين داخلاً.

المناعيات في الجرب؛ يوجد فرط حساسية عاجلة أو أجلة للمرض تجاه قارمة الجرب أو منتجاتها (لعاب وبيوض وبراز)، كما لوحظ ارتفاع Ig M و Ig G و Ig G في المصل.

وفي دراسة قام بها Frentz veien Eriksen استعمل فيها التأثق المناعي المباشر في ١١١ مريضاً مصاباً بالمرض الاحظا توضعاً حبيبياً لا Ig G و على الغشاء القاعدي، وفي دراسة أخرى قام بها Hoefling and Schrotter الاحظا توضعاً حبيبياً لا c3 على الموصل البشروي الأدمي في ٣ من أصل ٤ مرضى مصابين بالجرب.

المضاعفات: قد يحدث تقويؤ أو تأكزم الاندفاعات، أو حطاطات دائمة عقب الجرب، أو رهاب الحكة، أو التهاب الكبب والكلية بالعقديات ناجمة عن التقويؤ الثانوي بالعقديات وهي نادرة جداً وتشاهد غي التأتبيين خاصة.

#### المالجة:

يجب معالجة أفراد العائلة كافة في آن واحد: لأن المرض
 متى دخل بيتاً أصاب جميع القاطنين فيه.

 يستجم المصابون بالماء الساخن والصابون، ويعد التجفيف يدهن المريض بالدواء الموصوف الذي يجب تطبيقه من الذقن حتى أخمص القدم.

 تعاد عملية الدهن في اليوم الثاني الأن الدواء كي يقضي على هامة الجرب يجب أن يبقى ملامساً للجسم مدة لا تقل عن 44 ساعة.

يجرى حمام أخير في اليوم الثالث تبدل بعده الملابس
 الداخلية والشراشف وأغطية السرائر واللحف. أما الأغطية والشراشف التي لا يمكن غسلها فيكفي نشرها في الهواء الطلق مدة ٨٨ ساعة وهي كافية للقضاء على طفيلي الجرب.

## أما الأدوية التي يعالج بها الجرب الإنساني فعديدة يذكر منها:

- بنزوات البنزيل بنسبة ٢٥–٣٠٪.
- بيرمترين بنسبة ٧٪ ثلاًطفال و٥٪ ثلكيار.
- مرهم هكساكلورسيكلوهكسان بتركيز ١٪ ولا يوصف هذا الدواء للحوامل والأطفال الصغار والأشخاص المسابين بتسحجات أو أذيات في الجسم لأن امتصاصه الجهازي يؤثر في الجهاز العصبي.
- المراهم الكبريتية بنسبة ١٠٪ للبالغين و٥٪ للأطفال،
   وتستخدم هذه المراهم في الرضع والأطفال خاصة لأنها أكثر
   أماناً.
  - رداد stromectol يرد به الريض مرة واحدة.
    - كروتاميتون.

كما يعطى ivermectin داخلياً إذا تطلب الأمر ذلك ولاسيما في الجرب المتأكزم ويمكن تكريره بعد أسبوعين.

## rediculosis: القمال - القمال

القمل الإنساني p.humanus حشرات مسطحة عديمة الأجنحة، منه ما يتطفل على فروة الرأس أو على الجسد أو على العانة من جسم الإنسان، وهناك أنواع أخرى من القمل تتطفل على الثدييات والطبور.

لهنده الحشرات ثلاثة أزواج من الأرجل متوضعة في المنطقة الأمامية من جسدها خلف الرأس مباشرة، وتنتهي هذه الأرجل بلواقط حادة تساعدها على الالتصاق بشدة على أشعار الجسم أو على الثياب.

تضع الأنثى تحو ١٥٠-٢٠٠ بيضة (صئبان nits)، تفقس البيوض خلال أسبوع واحد لتخرج منها يرقات تصل إلى مرحلة النضح الجنسى خلال ٢ إلى ٣ أسابيع فقط.

#### أنواع القمال الإنساني:

للقمل الإنساني ثلاثة أنواع اعتماداً على شكل الحشرة وعلى المنطقة التي تسكنها من الجسم وهي:

## أ- قمال الرأس pediculosis capitis:

يصيب قمال الرأس جميع الفئات العمرية وخاصة الأطفال ويساعد على انتشاره إهمال قواعد النظافة والتجمعات المغلقة كالمدارس والسجون.

يراوح طول هذه الحشرة بين ٢ و٤ ملم، لونها رمادي أبيض تتوضع على الفروة ولاسيما على المنطقة الصدغية والقفوية حيث تضع (٧-١٠ بيضات يومياً) تلتصق بشدة على سقيبات الأشعار وبالقرب من الفروة تفقس بعد ٨ أيام وتصل إلى النضج بعد ١٠ أيام تقريباً.

الموجودات السرورية: العرض الأساسي للإصابة هو الحكة التي تحدث نتيجة ولوج لعاب القملة في أثناء العض حين تتغذى كل ٢ إلى٣ ساعات. كما تظهر الاندفاعات الجلدية في الأمكنة الملدوغة التي تكون في بادئ الأمر نقاطاً فرفرية نزفية ثم تتحول إلى حطاطات شروية حاكة بشدة لا تلبث أن تكسى بجلبات دموية وعسلية الشكل. وحين شفاء الحطاطات تخلف مكانها بقعاً بنية دالة على مكانها، كما تصبح الأشعار في المنطقة المصابة جافة وخالية من اللمعان وقد يصبح شعر الفروة كله أشعث ترافقه جلبات غزيرة.



الشكل (٧) صنبان على الفروة

المضاعفات قد يؤدي الحك والخدش المستمران إلى حدوث أخماج جرثومية ثانوية كالتقويق وتشكل الدمامل والتهاب الأجربة الشعرية إضافة إلى حدوث اندفاعات أكزيمالية وتحزز على الناحية القنائية (أكزيمة القمل)، وقد تجس أحياناً ضخامات عقدية رقبية وقنائية ناجمة عن الخمج الثانوي. يجب الانتباه إلى أن أي قوباء ناكسة عدة مرات بعد المعالجة أو إصابة المنطقة القفوية بالتهاب جلد عصبي قد يكون سببه قمل الرأس قليل الأعراض.

التشخيص؛ يستدل على الإصابة حين مشاهدة الحشرات أحياناً، أو بوجود الصئبان العالقة على سقيبات الأشعار خلف الأذنين أو في المنطقة القفوية وتكون ملتصقة بشدة بالأشعار على النقيض من الوسوف السهلة الاقتلاع.

التشخيص التفريقي: يفرق بينها وبين نخالية الرأس البسيطة، وأكزيمة الرأس، وصداف الفروة، والسعفة

الأمينتية.

#### المالجة

- كريمات البيرميترين ۱٪ wix cream، وهو خط العلاج الأول ويكفى تطبيقه مرة واحدة فقط.
- البيرترين الطبيعي المتأزر synergized pyrethrin ويوجد على شكل كريمات أو شامبوهات، لها تأثير قاتل وشديد في القمل وأقل من ذلك على الصنبان.
- كريمات البرمتيرين ٥٪ تستعمل في حال إخفاق المالجة
   السابقة.
- ثیندان (جاما بینزین هکسا کلورید) وهو (ما علی شکل شامبو او علی شکل مستحلب؛

«يطبق هاميو الليندان Kwell مدة ٥ دقائق ويفسل بعدها بالماء وتكرر الطريقة نفسها بعد أسبوع. أما المستحلب فيطبق على الفروة ١٢ ساعة ثم يفسل بالماء وتكرر العملية بعد أسبوع، وهذان المستحضران الأخيران لا يستعملان للنساء الحوامل ولا للأطفال الذين هم دون ١٠ سنوات لسميتهما العصبية.

- الملاثيون ٥, ٥٪ وهو مستحضر ذو تأثير قاتل سريع للقمل والصنبان يطبق على الفروة مدة ١٣-٨ ساعة ثم يفسل بالماء ويستخدم حين إخضاق المعالجة بالبرمشيرين والبيرةرين.
  - مركبات carbaryl وتستعمل بالطريقة السابقة نفسها.
- ويزال الصئبان أيضاً باستعمال الخل المفتر أو فرك
   الشعر برهيمات تحوي حمض النمل (الفورميك).
- وداخلياً يستعمل في الحالات الشديدة الإيفرمكتين ivermectin بمقدار ١٧ملغ جرعة واحدة تعاد بعد ١٠ أيام،
   كما تستعمل السلفوناميدات أيضاً في بعض الحالات.

#### ب- قمال الجسدر

تسبيه حشرة قمل الجسد، تشبه هذه الحشرة قمل الرأس لكن حجمها أكبر قليلاً، وتعيش في طيات الثياب متطفلة على الإنسان. يصيب هذا المرض على نحو خاص المتسولين والمتشردين، المسنين والعجزة والكحوليين المدمنين ويكثر في ظروف الحروب والكوارث.

قيد يبنقل هذا النوع من القمال بعض الأمراض كالركتسيات وحمى الخنادق والحمى المبقعة mottled والحمى الراجعة.

تضع الأنثى بيوضها ثم تلصقها في ثياب المساب وتفقس البيوض متحولة إلى حشرة في مكان توضعها لذا لا يشاهد هذا النوع من القمل على جسم المساب.

الموجودات السريرية؛ تشاهد في المنطقة القذالية إضافة

إلى المنطقة ما بين الكتفين اندفاعات جلدية تتضمن بقعاً حمراً ويقعاً فرفرية واندفاعات شروية منتبجة واندفاعات حويصلية حطاطية، وتسحجات خطية ناجمة عن الحكة الشديدة وبعض الندبات الصفيرة البيض محاطة بمناطق من فرط التصبغ مما يعطي الجلد شكلاً مميزاً يدعى جلد الشردين (الشكل ٨).



الشكل (٨) قمل الجسد (جلد الشردين)

التشخيص: يعتمد التشخيص على كشف القمل والصنبان داخل الثياب والبسة المريض أو في الأغطية والشراشف.

التشخيص التضريقي: بينه وبين التهاب الجلد حلئي الشكل والتهاب الجلد التأتبي والأكزيمة والحكة الشيخية وداء هودجكين.

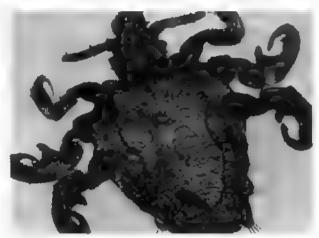
المعالجة، يرش مسحوق الملاثيون أو DTT على ثياب المريض، وإن تعذر وجود هذه المادة بكتفى بغلي ثياب المريض، أما الإصابة الجلدية فلا تستدعي عادةً المعالجة ويكتفى بحمامات ساخنة والعناية بالنظافة العامة، وتعالج التقيحات إن وجدت معالجة التقيحات على نحو عام.

#### ج- قمال العاتة:

تسببه حشرة قمل العانة وهي حشرة صغيرة لها ثلاثة أزواج من المخالب الطويلة، حركتها بطيئة لكنها تستطيع الانتقال إلى أماكن أخرى غير العانة، كأسفل البطن والأرداف والصدر والإبط والذقن والحواجب وقد تصيب الفروة وحواف الأجفان في الأطفال.

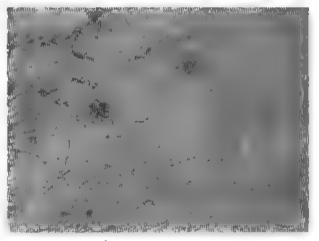
تحدث العدوى مباشرة عن طريق الاتصالات الجنسية الأمر الذي وضع معه هذا المرض رابع الأمراض المنقولة

بالجئس (بعد الإفرنجي والسيان والمسفرات التريكوموناس») بحسب تصنيف منظمة الصحة العالمية، أو عن طريق غير مباشر كاستعمال الملابس الداخلية والشراشف والمراحيض الأجنبية. أما الأطفال فتنتقل إليهم العدوى عن طريق الأهل المصابين (الشكل ٩).



الشكل (٩) قمل العانة

التظاهرات السريرية؛ تبدأ الأعراض بحكة شديدة في منطقة العانة ناجمة عن عض الطفيلي المتوضع في فوهات الأجرية الشعرية، كما تشاهد في منطقة العانة نقاط نزفية وحَبَرية إضافة إلى تسحجات ثانوية والتهاب أجرية شعرية ويقع أردوازية يقطر ٣-١٥٨ ملم تتشكل نتيجة انحلال الهيموغلوبين الإنساني المختلط بالإنزيمات اللعابية للحشرة، وقد تشاهد أيضاً بقع متسخة على سروال المريض (الشكل ١٠).



الشكل (١٠) قمل العانة حول فوهات الأجرية الشعرية

تستدعى الإصابة بقمل العائة تحري أمراض جنسية أخرى محتملة مرافقة للمرض (الزهري السفلس، والسيلان والتهاب الإحليل والإيدز).

التشخيص، بعتمد التشخيص على رؤية الحشرة أو بيوضها، كما تحد رؤية البقع الأردوازية من الدلائل التشخيصية المهمة إضافة إلى البقع المتسخة المتوضعة على سروال المصاب. كما يجب الاشتباه بالإصابة حين وجود حكة شديدة في منطقة العائة أو المنطقة الإبطية.

المالجة: يفضل معالجة كامل الجسم، وتفضل المعاليل المالية كمحلول الملاثيون المائي ٥, ١٪.

 مستحلب اللثدان الذي يطبق ليلة أو ثيلتين يفسل بعدها بالماء والصابون.

• مراهم تحوي على الـ xylol (٣٠ نقطة في ٣٠ غم فازلين).

 ■ كريمات البيريترين أو البرمترين ٥٪ وتغسل بعدها بالماء الصابهن.

أما معالجة حواف الأجفان في الأطفال فتكون بتطبيق المراهم الكثيفة (فازلين) على الأجفان مرتين يومياً مدة ١٠ أيام، أو يطبق مرهم الزئبق الأصفر أو الفيزوستجمين علماً أن الأخير قد يكون له تأثير في حدقة العين- كما تستخدم الملاقط لإزالة القمل والصنبان من الأهداب ويجب فحص الخالطين ومعالجتهم إذا تطلب الأمر ذلك.

## ٣- عض البق والبراغيث:

## أ- دام البق cimicosis:

البق حشرة ذات أجنحة لا تعمل، يراوح طول الأنشى بين المحملم شكلها بيضوي، لها رائحة كريهة تضرزها من غدة موضعة بين الزوج الثالث لأرجلها . تضع الأنثى بيضتين إلى ثلاث بيوض يومياً، وتتطور إلى مرحلة التضج بعد نحو شهر حيث يتضاعف حجم الحشرة بنحو ٥ مرات . تخاف هذه الحشرات الضوء وتختبئ في زوايا البيوت وفي شقوق الجدران والأثاث واللوحات الجدارية . وتنشط ليلاً وتقوم بلدغ الإنسان خلال دقائق معدودة من دون أن يشعر بذلك، وهي تتمكن من العيش من دون طعام عدة أشهر.

الموجودات السريوية: تطلق البقة حين تلدغ الإنسان مواد موسعة للأوعية ومخرشة محدثة تضاعلاً شروياً أو فرفرياً، وقد تؤدي نادراً إلى إحداث اندفاعات حويصلية أو فقاعية تشاهد خاصة على الكاحلين والأليتين بشكل خطي، وقد تصيب أي منطقة مكشوفة من الجسم كالوجه والرقبة والبدين (الشكل ١١)،

لوحظ حدوث تحمل الملدوغ بهذه الحشرة لدغها بعد التكرر المستمر، وذلك بتلاشي التفاعلات الجلدية الشديدة التي كانت تحدث له في البدء ويألف وجود البق في فراشة ولا يشعر بلدغه في اثناء نومه لكنه يجد ثيابه وأغطية سريره



الشكل (١١) عض البق

حين استيقاظه ملوثة بالدم.

التشخيص التفريقي: يفرق بينه وبين الحمامي عديدة الأشكال وعضات الحشرات الأخرى ولسعاتها.

المعالجة: تقوم على استعمال الدهونات الملطفة للحكة كدهون الزنك: والمنتول الكحولي وتستعمل مضادات الهيستامين داخلياً في حالات الحكة الشديدة، كما يجب استعمال مييدات الحشرات لتعقيم المنازل والقضاء على البق.

# ب- عضٌ البراغيث:

البراغيث fleas حشرات عديمة الأجنحة تمتاز بقدرتها على القفز بارتفاع قد يصل إلى ٥٠سم ومسافة ٢٠سم. ولها أكثر من ١٥٠ نوعاً منها، ما هو حيواني ومنها ما هو إنساني وهي تهاجم الإنسان والكلاب والقطط والطيور والجرذان.

وبعض أنواع البراغيث ينقل بعض الأمراض للإنسان كمرض الطاعون الذي ينقله برغوث الجرذ المداري وريكتسية موزيري السببة للحمى المبقعة.

وأكثر أنواع البراغيث مصادفة برغوث الإنسان وبرغوث الرمل.

(۱)- برغوث الإنسان: هو حشرة طولها من ٢-٤مم، له أرجل طويلة تساعده على القفز، يعيش في الأماكن المظلمة ويختبئ في الشقوق الخشبية وتحت السجاد، وما زالت المسارح ودور السينما ووسائط النقل مأوى للبراغيث. تضع الأنثى نحو ٢٠٠٠ بيضة تتطور نحو النضج الجنسي خلال ٣٠٠

؟ أسابيع. تستطيع هذه البراغيث العيش مختبئة في ظروف صعبة مدة سنة ونصف، كما تستطيع أن تعيش من دون طعام عدة أشهر (الشكل ١٢).



الشكل (١٢) البرغوث الإنساني

الموجودات السريرية: تشاهد اندفاعات شروية حاكة ذات نقاط نزفية وأحياناً حويصلات وفقاعات، خاصة على الخاصرتين والكاحلين والقدمين وغالباً ما تكون هذه الأفاث غير متناظرة أخذة شكل خطوط متعرجة، وقد تؤدي الحكة المستمرة إلى حدوث ندبات بيض بعد شفائها. وما يميز الطفح البرغوثي من غيره من الطفوح وجود النقطة المركزية النزفية في كل آفة (الشكل ١٣).



الشكل (١٣) لدغ البرغوث

التشخيص التفريقي: يجب أن يفرق بينه وبين الشرى الحطاطي الطفيلي والشرى وعضات الحشرات الأخرى والحماق.

المعالجة: تطبق رهيمات الزنك ويمكن تطبيق السيتروئيدات القشرية على شكل محاليل ورهيمات أو رذاذ، وإعطاء مضادات الهيستامين داخلاً، وتعالج الأخماج الثانوية بالصادات، ومن الضروري استعمال المبيدات الحشرية للقضاء على البراغيث.

(٢)- برغوث الرمل: يوجد برغوث الرمل الذي يدعى أيضاً التونجا النافذ tunga penetrans هي أمريكا اللاتينية وجنوبي

الولايات المتحدة وإفريقيا، شكله مشابه لمشكل البرغوث الشائع ويسبب الدفاعات وذمية حاكة ومؤلمة أحياناً، وقد ترافقه أخماج ثانوية كالبشرات والخراجات الدملية والقرحات، وترى الإصابة في الكاحلين والأخمصين والقدمين والأباخس والمنطقة الشرجية التناسلية. وقد يصل حجم البرغوث إلى حجم حبة البازلاء بعد امتصاصه وجبة دموية كاملة.

المالجة: إزالة البراغيث باستخدام الإبر والملاقط الناعمة وتطبيق ضمادات تحوى مادة الأثير ether أو التيرينتين.

4- المناكب arachnida) spiders):

تنتشر العناكب في جميع أنحاء العالم، يعيش كثير منها على الحشرات ومنها ما يهدد الإنسان وأهمها عنكبوت الأرملة السوداء والعنكبوت البنى المتعزل.

أ- عنكبوت الأرملة السوداء black widow spider: توجد في الولايات المتحدة الأمريكية، يبلغ طولها ٣- اسم ذات لون أسود فاحم ويطن منتفخ بلون أحمر برتقالي أو مصفر، بشكل الساعة الرملية وهي علامة مميزة لهذا النوع، لها ثلاثة أزواج من العيون على صدراسه cephalothorax وأرجل طويلة. تقتل الإناث الذكور بعد الجماع ولهذا سميت عنكبوت الأرملة السوداء.

توجد هذه العناكب تحت مقاعد المراحيض ومخازن الحيوب والماشية بعيدة عن الضوء. (الشكل ١٤).

الموجودات السريرية: تحدث اللسعة غالباً على المناطق التناسلية والأرداف في أثناء المجلوس على المرحاض، ويكون الأثم خفيضاً إلى متوسط الشدة لكنه لا يلبث أن يرداد تدريجياً وخلال بضع ساعات تيدا التشنجات العضلية في المبطن والصدر والساقين والظهر مع مغص بطني شديد يرافقها غثيان وقياء وصداع . تخمد هذه الأعراض في غضون يومين لكن مثل هذه اللسعات قد تسبب موت الأولاد الصغار وكبار السن بسبب ما تحتويه من سم (اللاترودكتوس) سام



الشكل (١٤) عنكبوت الأرملة السوداء

الأعصاب، وقد ترى حمامي حصيوية الشكل سمية.

المالجة: يجب تطبيق العالجة على الفور بريط المنطقة الدانية بعصبة وشق مكان اللسعة ومصها الاستخراج السم. وتعطى مضادات السم والترياق النوعي من أجل تخفيف الأعراض.

- قد تقتضى الحاجة زرق المؤرفين لتسكين الألم.
- ♦ وإعطاء الهرمون المحرض لقشر الكظر (ACTH)
   والستيروئيدات.
- إعطاء غلوكونات الكلسيوم ١٠٪ ويمقدار ١٠ مليلتر في الوريد لتخفيف الأعراض.

ب- المنكبوت البني المنحزل brown recluse spider: يوجد المنكبوت البني المنحزل في الولايات المتحدة الأمريكية وأمريكا اللاتينية، يراوح طوله بين ا-0, اسم ويتموج لونه ما بين البني الفاتح والغامق وتميزه العصابة الداكنة الموجودة على صدراسه. ويعيش في المراحيض وداخل المنازل وفي المخزائن بين الثياب وعلى السطوح الصخرية وفي حظائر الماشية ومخازن الحبوب، ويحتوي سمه مواد ناخرة للجلد (الشكل 10).

الموجودات السريرية، تتفاوت شدة الاستجابة السريرية للسعة العنكبوت البني المنعزل من مريض إلى آخر وذلك بحسب جرعة السم المحقونة للملدوغ وعمره وحالته المناعية، فقد تكون الإصابة خفيفة يقتصر التفاعل الجلدي فيها على حدوث الحكة أو الشرى أو حدوث منطقة نخرية سريعة



الشكل (١٥) المنكبوت البنى المنعزل

الزوال، وقد تكون الإصابة شديدة يتجلى فيها التفاعل الجلدي الشديد بظهور منطقة مزرقة مكان اللدغ إضافة إلى ظهور فقاعة محاطة بحمامي خلال ١٧- ٢٤ ساعة، وبعد ذلك يحدث نخر بنفسجي قد يؤدي إلى حدوث قرحة نخرية واسعة حتى عدة سنتيمترات، يتطلب شفاؤها عدة أشهر. أما الأعراض الجهازية فتتجلي بحمى من ٣٩- ٤٠٠ درجة مع غثيان وقياء ودعث وفتور وآلام مفصلية وبيئة دموية في اليوم الأول وفقر دم انحلالي وقصور كلوي وقد يظهر على الجلد اندفاع حصبوي أو حَبْري. وقد يعقب اللسعة صدمة مميتة ولاسيما في الأطفال.

الثمالجة؛ الصادات لمنع حدوث الأخماج الشانوية وذكرت فائدة الدابسون والسلفوناميدات إضافة إلى:

- الهيبارين لعلاج النخر داخل الأوعية.
- استنصال الأفة الفوري والخياطة بالقصد الأول.
  - الحيوانات البحرية:

أ- القنفذ البحري؛ قد يؤدي التماس مع قنفذ البحر في أثناء السياحة إلى أذيات جلدية تتظاهر بجروح وثقوب من جراء الأشواك السود التي تخترق الجلد ويلاحظ حين تنظيف الجرح بقايا الأشواك التي تكون صغيرة عادة، ومن النادر حدوث تفاعل حبيبوم الجسم الأجنبي الناجم عن الأشواك. وهناك نوع نادر من فصيلة قنفذ البحر يسمي تريبنوستس tripneustes قد يؤدي تماسه لانسمام قاتل.

ب- الشعب المرجانية: يؤدي انغراز الجلد بالهيكل العظمي للمرجان - سواء كان حياً أم ميتاً - في أثناء السباحة إلى أذيات جلدية وجروح ودخول شظايا الحيوان المرجانية الجلد، إضافة إلى إحداث اختلاطات التهابية وخمجية قد تؤدي إلى تأخر شفاء الجروح واندمالها.

ج- التهاب الجلد برجل الحرب البرتفالية man- of -war dermatitis بتألف قنديل رجل الحرب البرتغالية ويعرف أيضاً بقنديل البحر من عوامة زرقاء إلى حمراء تحمل الهواء مع غدة غازية، وبضعة أجسام عضوية معوية يبلغ قياسها من ١-٠٠ ملم وتوامس سميكة حاملة أكياساً ممسودة تحوي النيفان الذي ينتقل إلى المضيف بوساطة الشعرات المتدة على طول اللامسة.

توجد هذه القناديل في المحيط الهادئ والأطلنطي وتوجد في البحر المتوسط ومنها الشاطئ السوري، يلسع القنديل الإنسان حين يلامسه ويفرز السم من لوامسه؛ مما يؤدي إلى آلام شديدة وتشاهد على الجلد التهابات خطية تشبه ضرب السياط خاصة على الجذء والأطراف أو على أماكن

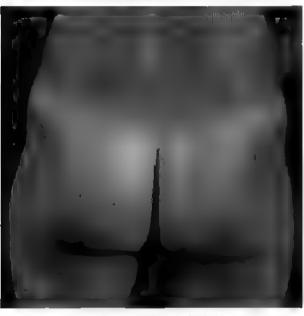


الشكل (١٦) التهاب جلد بالتماس ناجم عن لدغ قنديل البحر أخرى من الجلد، وجهازياً يرافق الإصابة غثيان وإعياء وضيق نفس ومفص معوي وهياج (الشكل ١٦).

المعالجة: تقوم على تدليك المنطقة بالخل أو بالغول على المفور ونزع اللوامس بالملقط وتعطى المسكنات ومضادات الهيستامين داخلاً، وقد يُلجأ إلى إعطاء الستيروئيدات داخلاً في الحالات الشديدة.

٤- التهاب الجلد بالسمك الهلامي، يؤدي لسع الدبور البحري الأسترائي شيرونكس فليشيري chironex flekeri إلى أفات جلدية تشبه الآفات الناجمة عن رجل الحرب اليرتفائية، كما أن هناك نوعاً آخر لدبور بحري يدعى كاريبديا مارسوبياليس carybdea marsupialis يوجد في الكاريبي أقل خطورة من سابقه.

ه- طفع المشحمين في البحار والمعيطات: ينظاهر باندفاعات حمامية حطاطية أو شروية تبدو بعد ساعات من



الشكل (١٧) طفع الستحمين في البحر

الاستحمام في المياه العميقة وخاصة في أماكن ضغط لباس الاستحمام على الجلد وتزول تلقائياً بعد أيام ومعالجتها عرضية (الشكل ١٧).

و- التهاب البحلد بالأعشاب البحرية: تسبب بعض الاشنيات البحرية من نوع lyngbya majuscula اندفاعات جلدية وذلك في أثناء الاستحمام في مياه البحار والمحيطات. تعالج بغسل المنطقة المصابة مباشرة وإعطاء المسكنات وتطبيق الصادات الموضعية والجهازية كما تعطى مضادات الهيستامين.

## 1- مرض لايم Lyme disease:

مرض خمجي يتجم عن لدغة القراد الحامل للملتويات spirochetes (بوريليا بورغدرفيري)، ترافقه اضطرابات التهابية تصيب أجهزة متعددة في الإنسان (الجلد والمفاصل والقلب والجهاز العصبي)، تتم الإصابة خلال ٢٤-٤٨ ساعة وريما تستغرق أكثر من ذلك.

والعامل المسبب الأكثر شيوعاً في الولايات المتحدة الأمريكية هو القراد الدميني ixodes dammini والقراد الباسيفيكي. أما في أوريا فالعامل المسبب هو القراد الخروعي ixodes ricinus، كما لوحظ أن سير المرض يكون شديداً في الأشخاص ذوى الزمر النسجية HLA2، 3، 4.

سريرياً: يسير هذا المرض في ثلاث مراحل:

 مرحلة أولية: مرحلة الإلقاح، تبدو فيها حمامى مزمنة هاجرة واعتلال العقد اللمفى السليم.

 مرحلة ثانوية: يصاب فيها الجهاز العصبي المركزي والمحيطي والقلب والجهاز العضلي والهيكلي وإصابة مفصلية.

المرحلة الثائثة والمتأخرة: تتجلى بحدوث التهاب جلد
 النهايات المضمر والمزمن.

ويبوجث حبالسيساً يسميض الأراء الستسي تسدعهم دور بوريليابورغدرفيري في إحداث القشيعة والحزاز التصلبي الضموري،

#### أ- التظاهرات الأولية:

(۱)- الحمامي المزمنة الهاجرة، بعد فترة حضانة تراوح بين ٣ و٢٨ يوماً تبدأ بالظهور حطاطة صغيرة مكان اللدغ لا تلبث أن تنتشر محيطياً وتتراجع مركزياً مشكلة لويحة حمراء متودمه يصل قطرها أحياناً حتى ٣٠سم تقريباً، تتوضع في أي مكان من الجسم ولاسيما الأطراف السفلية، وقد تشاهد ضخامة عقد لمفاوية ناحية كما قد ترافقها بعض الأعراض اللانوعية كالحمى والصداع والغثيان والقياء وتورم



الشكل (١٨) حمامي مزمنة هاجرة

العيناين (الشكل ١٨).

تشخص الآفة سريرياً وبالاستناد إلى الفحوص المسلية الدالة على ارتفاع أضداد البوريليا من نوع IgG وعلى نحو أقل من نوع IgM، وتبدو في الخزعة رشاحة أدمية التهابية مؤلفة من اللمفاويات ومصورات حول الأوعية وقد تكشف اللتويات عن طريق التلوين بملون withrin-starg.

العالجة: تقوم المعالجة على إعطاء البنسيلين G زرقاً وريدياً ٢٠ مليون وحدة دولية يومياً مجزأة على أربع جرعات للدة ١٤ يوماً على الأقل.

أموكسيسيلين ٢غ باليوم أو دوكسيسيكلين ٢٠٠ملغ باليوم غدة ١٤-١١ يوماً أو سيفروكسيم ١غ باليوم غدة ٢١-١٢ يوماً.

(٢)- داء العقد اللمفية الجلدي السليم: تنتقل ملتوية البوريليا بورغرفيري إلى الإنسان عن طريق اللدغ، ويحدث مكان اللدغ تفاعل لمفاوي تكاثري يتظاهر سريرياً بعقيدات حمر مزرقة طرية وعميقة يراوح حجمها بين عدة مليمترات إلى عدة سنتيمترات، ويشاهد ارتشاح رمادي مصفر من خلال المعاينة بالشفوف (الشكل ١٩)،

من المكن تراجع هذه الأفات بعد ٢ إلى ٣ أشهر من دون أن تترك نديات، كما قد يحدث أحياناً العكس- يوضع التشخيص على المشاهدة السريرية والفحوص المصلية إضافة إلى المظهر النسيجي المؤلف من رشاحة لمفاوية وأرومات متجمعة في مجموعات.



الشكل (١٩) داء العقد اللمفي الجلدي السليم على الأذن

## ب- التظاهرات الثانوية:

### (۱)- عصبية:

- إصابة الجهاز العصبي المركزي والمحيطي.
- التهاب السحايا والتهاب الدماغ والتهاب النخاع.
  - التهاب الأعصاب القحفية.
  - إصابة الأعصاب الحسية والحركية.

#### (Y)- قلبية:

- درجات مختلفة من الحصار البطيني الأذيني.
  - التهاب العضلة القلبية والتهاب التأمور.
    - ضخامة القلب.
- (٣)-الجهاز العضلي الهيكلي: آلام في العضلات والمفاصل
   والأوتار والتهاب المفاصل الوحيد أو القليل منها، كما تصاب
   المفاصل الكبيرة كمفصل الركبة.
- (1)- المين: التهاب القزحية والتهاب الملتحمة ووذمة حول الحجاج.

#### ج- التظاهرات المتأخرة:

(۱)- التهاب جلد النهابات المزمن المضمر chronica atrophicans مو اختلاط نادر للخمج المسبب بالبوريليا بورغروفيري الناجم عن لدغ القراد (من نوع اللبود الخروعي). يوجد بكثرة في أوريا وتندر الإصابة بهذا الشكل في أمريكا.

سريرياً: تشاهد الإصابة على السطوح الأنبساطية للأطراف تبدأ بحدوث انتباج الجلد انتباجاً وذمياً ثم يصبح الجلد بلون أزرق. تبدأ الإصابة في الأماكن القاصية وتنتشر نحو الدانية، وتسمى هذه المرحلة الالتهابية وبعدها

يضمر الجلد بسرعة فيصبح رقيقاً فاقداً الأشعار متغصناً كأوراق التبغ، كما تبدو الأوردة العميقة كحبال عريضة بسبب الضمور الشحمي الحاصل (الشكل ٢٠).

 (۲)- المضاعفات العصبية: قد يحدث التهاب الجذور العصبية ومتلازمة بان وارث Bannwarth، والمثل والشلل وضعف العضلات وضمورها.

التشريح المرضى: في المرحلة الالتهابية الوذمية الأولى تشاهد وذمة في الأدمة ورشاحة شريطية الشكل تحت البشرة وحول الأوعية المتوسعة مؤلفة من لمفاويات وناسجات ومصورات إضافة إلى ضمور ألياف الكولاجين والألياف المرنة.

أما في المرحلة الضمورية فيشاهد ضمور بشروي يرافقه توذم ألياف الكولاجين وانتباجها مع ضمور الفدد الزهمية والأجربة الشعرية

المالجة: كمعالجة الحمامي الهاجرة لداء البوريليات.

٧- الثقف myiasis:

يعرف النفف بأنه احتشار أنسجة جسم الإنسان أو



الشكل (٢٠) المرحلة الضمورية لالتهاب جلد النهايات المزمن المضمر

الحيوانات بيرقات ذوات الجناحين وبيوضها (الذباب) ، تتطور اليرقات على جلد الإنسان وتحتشر هناك ولكن الاحتشار قد يحدث في أماكن أخرى كالأنف والبلعوم والجيوب والحنجرة والعين والجهاز البولي.

يقسم النفف الجلدي نوعين هما: نفف الجروح ونغف الرمال.

أ- تفف الجروح؛ يضع بعض أصناف النباب كالنباب المنزلي بيوضه على الجروح المكشوفة أو على التقرحات ثم تتطور البيوض إلى يرقات في الأنسجة المتقبحة التي قد تشاهد فيها أحياناً (شكل ٢١).

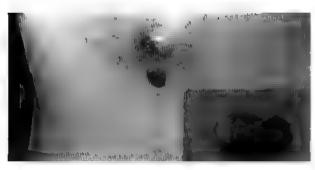


الشكل (٢١) نغف الجروح

ب- الثفف الرملي: تقوم بعض أنواع الذباب بثقب الجلد

ووضع بيوضها تحته ثم تهاجر البرقات إلى طيات الجلد لتحفرها مسببة تفاعلاً التهابياً يتحول ليصبح بشكل دملي. والحشرة التى تسبب النغف الجلدي كثيراً هي ذبابة الدودة اللولبية screw warm في أمريكا الجنوبية والوسطى تليها ذبابة السروء السوداء black blow fly التي تتعرض للغنم والماعز وأحيانا للإنسان، والموجودة حول المنازل والمراحيض في أمريكا، وهناك أيضاً الديرماتوبيا الإنسانية التي تقوم بلصق بيوضها على جسم البعوضة أو ذبابة الاسطبل، وعندما يثقب الجلد بالعض تبرز البرقة وتدخل الجلد من خلال ثقب العضة. أما في إفريقيا فإن ذبابة تمبو أو ذبابة كايور تضع بيوضها على الأرض، واليرقات الشابة النشيطة تخترق جلد مضيفها ولاسيما منطقة الساق أو الصفن أو القسم العلوي من الفخذ والألبتين مسببة تشكل حطاطات أو عقيدات أو أشكال دملية مؤلمة نازة مع مفرزات دموية وقيحية في أماكن الإصابة، وبعد نضج اليرقة تخرج إلى خارج سطح الجلد وتسقط على الأرض متحولة إلى حشرة كاملة.

وكثيراً ما يشكو الريض من عدم الراحة وإحساس بجسم متحرك داخل جلده (الشكل٢٧).



الشكل (٢٢) نغف دملي

المعالجة؛ تكون المعالجة بتطهير الجروح وإبعاد اليرقات وإزائتها، كما قطبق ضمادات مبللة بالايتر والتربنتين وتستعمل مراهم الباستراسين والوازئين التي لها تأثير قاتل لليرقات، أما في الحالات الصعبة فيجرى شق جراحي تسحب اليرقات من خلاله إلى الخارج (الشكل٦٢).



الشكل (٢٣) إزالة النفف إلى الخارج

#### ٨- الأدواء السببة بالديدان:

يتطفل على الإنسان أكثر من ١٥٠ نوعاً من الديدان وما يساعد على الإصابة بها إهمال النظافة، والشروط الصحية المتدنية وبعض العادات الغذائية (كأكل اللحم النيء). وتكثر الإصابة بأدواء الديدان في الأقاليم المدارية وتحت المدارية، وتتمكن هذه الديدان أو يرقانها من العيش في أي عضو من أعضاء الإنسان وفي الدم الجائل أحياناً.

تستطيع بعض الديدان اختراق الجلد والتسبب في تفاعلات جلدية موضعة أو معممة، وقد تظهر التفاعلات الجلدية العامة من وجود الديدان في الأمعاء أو أنسجة الجسم أحياناً.

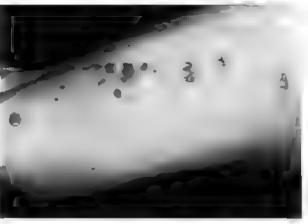
# وأهم الأدواء الناجمة عن الديدان والشاهدة في الأمراض الجلدية هي:

أ- التهاب الجلد بالنوانب cercarial dermatitis: وتدعى أيضاً حكة السباح تسببها عدة أنواع من البلهارزيا

الشعرية التي توجد في طيور الماء والقوارض التي تشكل الأثوياء الأولية، ذلك أن هذه الحيوانات تلقي مضرغاتها - التي تحوي البيوض - في الماء لتخرج منها طفيليات يتلقفها الحلزون الذي تحدث لها فيه تطورات أخرى، ثم تخرج من الحلزون وتصبح حرة في الماء حيث تفزو جلد من يسبح فيه، ويكاد لا يتجاوز طول هذه العضويات املم، وهي توجد في مناطق البحيرات الكبيرة في أوربا والولايات المتحدة وبعضها يوجد في البحار.

الموجودات السريرية: يتم التعرض لهذه الذوانب حين السباحة، حيث تخترق جسم الإنسان الرطب المبلل وتختبئ فيه - ولكنها لا تستطيع اختراق الأوعية الدموية - مؤدية إلى اندفاعات حمامية حطاطية أو شروية حاكة خلال فترة تراوح بين عدة دقائق وساعة واحدة، وقد تستمر الإصابة عدة أيام ثم تتراجع تلقائياً (الشكل ٢٤).

تتقى الإصابة بالاستحمام مباشرة بعد الانتهاء من السباحة وفرك الحلد جيداً بالمشفة.



الشكل (٧٤) التهاب الجلد بالنشقات

المالجة: تكون بتطبيق دهون الرنك والرهيمات التي تحوي الستيروثيدات القشرية وإعطاء مضادات الهيستامين داخلاً.

ب داء المُشقات المشوي visceral schistosomiasis (داء المُشقات المشوي):

يعد من الأمراض المدارية المهمة بسبب المضاعضات الشديدة التي يحدثها، وعدد المصابين به وفق إحصائيات المنظمة العالمية نحو ٢٥-٥٠ مليون مصاب.

العامل السبب؛ هو المنشقة الدموية والمنسونية والمقحمة والميكونفية واليابانية، يحدث الخمج من جراء انتشار عادة التغوط والتبول على ضفاف الأنهار والبرك في بعض البلدان مسبباً تلوث الماء ببيوض المنشقات التي تتحول فيما بعد

إلى ذوانب وإذا مست جلد الإنسان اخترقته ووصلت إلى الدوران الدموي والطرق اللمفية ثم إلى أوردة المناطق الحشوية والمنطقة البولية التناسلية حيث تتطور إلى ديدان ناضجة جنسياً.

الموجودات السريرية: تتظاهر الإصابة الجلدية بحكة خفيفة والتهاب جلد حطاطي وشروي أحياناً في مناطق اختراق النوانب ولاسيما القدمين وأجزاء أخرى من الجسم. ثم يبدأ الطور الأرجي للداء بعد ٣ إلى ١ أسابيع، ويبدو بالحمي وارتفاع الحمضات والشرى والوذمة والألام المصلية ثم تتراجع المرحلة الحادة لتبدأ المرحلة المزمنة التي تستمر سنوات عديدة.

وقد أورد الدكتور المفتي في مصر إصابة العجان والأرداف التي تتجلى بعقيدات قاسية تحوي بيوض البلهارسيا، كما قد تحدث نواسير تنضح بنجيج مصلي قيحي وفيل كاذب على القضيب والصفن وعلى الأشفار، وقد تشاهد لويحات حطاطية وسفية على الجذع وهي المنطقة المفضلة بعد الأعضاء التناسلية والعجان وتمتد هذه الإصابة في النهاية لتصيب الأعضاء الداخلية كالجهاز البولي والمعوي والرئوي والدماغي.

أهم المضاعفات: ضخامة الكبد والطحال والحبن والسداد الوريد البابي والتهاب الثانة.

العلاج: تفيد أملاح الانتيموان الثلاثي كحمض الطرطير المقيئ، كما يستعمل النيريدازول والبرازيكوانتيل praziquantel ذو الفاعلية الجيدة في معالجة داء المنشقات.

#### ج- داء الكيسات المنتبة الجلدي:

تسببه الشريطية الوحيدة taenia sagınata (شريطية لحم الخنزير) وعلى نحو أندر الشريطية العزلاء للخنزير) وعلى نحو أندر الشريطية العزلاء حين تناول الإنسان الموجودة في لحم البقر. تحدث الإصابة حين تناول الإنسان الطعام الملوث بالبيوض التي تصل إلى الأمعاء حيث تنقف البيوض محررة الكرات الكلابية التي تدخل الدوران ومنه إلى النسج وتشكل أكياساً مختلفة في أجزاء مختلفة من الجسم في كل من العضلات والدماغ وعضلة القلب والجلد، أما في النسيج الخلوي تحت الجلد فتبدو الأفات بعقيدات مدورة واضحة مرنة غير مؤلة قد تستمر سنوات عديدة كما أنها قد تتكلس مع مرور الوقت وحين شق هذه الأكياس يكشف الطفيلي فيها.

وفي الأحوال العادية تتطور الكرات الكُلابية إلى كيسات مذنبة في الخنزير أو الماشية، فإذا ما تتاول الإنسان لحوم هذه الحيوانات المصابة (لحم خنزير أو لحم بشر) تطورت

الكيسات المُذنبة في أمعانه الدقيقة إلى شريطيات بالغة. د- داء المُشوكات echinococcosis:

وتدعى الداء العداري. العامل السبب في هذا الداء الشوكة الحبيبية وعلى نحو أندر المشوكة العديدة المساكن. ينتقل هذا الداء عن طريق الكلاب والقطط والثعالب وتحدث الإصابة في الإنسان عن طريق الفم وذلك بابتلاع البيوض من الأيادي الملوثة أو مع الطعام الملوث أو من حاويات ملوثة ببراز الكلب المصاب الذي يحتوي على البيوض.

الموجودات السريرية: يغلب إصابة الكبد في ثلثي الحالات تليها الرئة في ٢٠٪ من الحالات وقد تصاب أعضاء جهازية أخرى. أما الإصابة الجلدية فتتجلى بوجود أورام كيسية طرية متموجة تحوي اليرقات وبعد موت اليرقة تتليف هذه الأورام أو تتكلس، وقد يرافق الإصابة حدوث شرى مزمن وارتفاع الحمضات.

ومع استمرار الإصابة فترات طويلة يحدث اليرقان وضخامة الكبد والطحال والحبن.

المالجة: الميندازول mebendazole هو الدواء النوعي ويتم استنصال الكيسات جراحياً استنصالاً تاماً.

#### ه- داء الأقصور oxyuriasis:

يدعى أيضاً الحرقوص enterobius vermiculairs، وهو مرض شائع جداً في الإنسان ويصيب على نحو خاص الأطفال والنساء إذ يتوقع أن يوجد ما يزيد على ٢٠٠ مليون إصابة. تحدث الإصابة عن طريق انتقال البيوض من الخضراوات الملوثة حين استعمال براز الإنسان في عملية التسميد والأيادي الملوثة لدى الأطفال المصابين التي تمتلئ ببيوض هذا الداء في أثناء الحك من المنطقة الشرجية إلى المنطقة الفموية وعن طريق الثياب والشراشف الملوثة.

تستعمر هذه الديدان الأمعاء الغليظة والأعور والمستقيم، كما تضع بيوضها حول الشرج والأعضاء التناسلية في الأنثين

الموجودات المعروبية: العرض الأساسي الأول للإصابة الحكة الشرجية الليلية وتشاهد على نحو خاص في الأطفال، وقد تسبب تسحج العجان والشرج ومنطقة العانة وقد تحدث الأكزيمة الشرجية أو تقيحات وأخماجاً ثانوية.

التشخيص؛ تكشف هذه الديدان بالفحص العياني للناحية الشرجية والبراز، ويمكن استعمال قطعة من شريط الاصق شفاف على المنطقة الشرجية غير المنظفة ولصقها بشريحة زجاجية ومشاهدة البيوض تحت المجهر.

المالجة: يستعمل البيبيرازين، المبندازول، الثايبندازول

وينبغي تقليم الأظفار وغسل الأيادي المتكرر إضافة إلى غسل الحوائج من شراشف وملابس داخلية.

## و- دام الصفر ascariasis:

هو خمج دودي منتشر في جميع أنحاء العالم يسببه الصفر الخراطيني. تحدث عدوى الإنسان عن طريق الخضراوات والفواكه وغيرها من المواد الغذائية الملوثة بالبيوض التي تفقس في دقاق الإنسان. وتهاجر اليرقات الناتجة عبر جدار الأمعاء إلى جهاز الدوران ثم إلى الرئتين والكبد وتعود بعدها ثانية عن طريق البلعوم إلى الأمعاء الدقيقة متحولة إلى ديدان ناضجة يراوح طولها بين ١٥ وو٤ سم علماً بأن الإناث تضع نحو ٢٠٠ الف بيضة يومياً.

الموجودات السريرية؛ يثير هذا الداء تضاعلات مناعية بسبب قدرتها المؤرجة كالشرى المزمن وارتضاع الحامضات إضافة إلى الزحير والإسهالات.

المالجة: تشبه معالجة داء الأقصور ويعد الميندازول الدواء المنتخب.

ز- داء هجرة البرقات الجلدي larva migrans cutaneous:
ويسمى أيضاً داء الطفح الزاحف، يحدث على نحو خاص
في المناطق المدارية وتحت المدارية وتسبيه برقات أنواع
مختلفة من الديدان المسودة (المدورة) التي تهاجر عبر
الطبقات السطحية للحلد،

يصاب بهذا الداء الأشخاص النين يسيرون حضاة على الشواطئ والأطفال النين يلعبون في الرمال وعمال المجاري والحدائق.

العامل المسيب: طفيلي يدعى الملقوة البرازيلية ancylostoma braziliense وهو عامل رئيس، وتسببه أحياناً انواع أخرى من الملقوات كالملقوة الكلبية أو الهرية والعفجية



الشكل (٢٥) داء البرقات الجلدي الهاجر

والفتاكة الأمريكية ويعض الأسطوانيات.

الموجودات السريرية: تحدث آلام لاسعة في مكان دخول اليرقة الموجودة في الرمل الرطب أو التراب الملوث إلى الجلد، ولاسيما في الأقدام والأرداف والمناطق التناسلية والأيدي، ويحدث التهاب جلدي حاك بشدة خلال ساعات قليلة ووذمة وحطاطات واندفاعات حويصلية حطاطية وخيوط رفيعة حمر ساعية الشكل على الجلد. تقطع هذه اليرقات مسافات كبيرة خلال دقائق أو ساعات وقد تحدث اختلاطات ثانوية كالتأكرم والتقوية (الشكل ٢٥).

المالجة: تموت معظم هذه اليرقات تلقائياً خلال ٢ إلى ٨ أسابيع ونادراً خلال سنتين. ويستعمل التيانبدازول بجرعة و ملغ/ كغ مدة ٢- ٥ أيام، ويطبق الأيفرمكتين والألبيندازول موضعياً، كما يطبق الأزوت السائل، ويمكن تطبيق التيانبدازول بشكل مراهم تحت ضماد كثيف.

## ح- داء الخيطيات filariasis:

يُسمى أيضاً داء الفيل المداري وداء الفيل العربي، يوجد هذا الداء في البلدان الاستوائية ويقدر عدد الإصابات بنحو الام مليون إصابة حول العالم، يسببه طفيلي يدعى الفخرية البنكرفتية أو بروجياما لائي ينتقل عن طريق لدغ بعض أنواع من البعوض المخموج بالخيطيات فإذا ما لمغ إنساناً سليماً انتقلت الخيطيات إلى أوعيته وعقده اللمفاوية مسببة تضبق لمعة الأوعبة اللمفاوية وحدوث ركود لمفاوي مزمن ينتهي بداء الفيل. وبعد ٣-٨ أشهر من حدوث الإصابة تنتقل الخيطيات إلى الدم المحيطي بعد أن يتم نضجها في الأوعية والعقد اللمفاة.



الشكل (٣٦) داء الخيطيات (داء الفيل)

الموجودات السريرية: تتوذم الأوعية وتلتهب في منطقة الإصابة ويلتهب الجلد والنسيج الخلوي تحت الجلد. يتصف التهاب الأوعية اللمفية بسيره المزمن محدثاً ضخامات في الساقين والأعضاء التناسلية ويصاب المريض بالحمى والنوافض وقد يصاب بالدوالي اللمفية والحبن والقيلة والتهاب الخصية والبريخ. وقد يكون الشرى المزمن المظهر الأول للإصابة بداء الخيطيات (الشكل ٢٦).

التشخيص؛ يعتمد على لطاخة دموية مأخوذة ليلاً (لوجود الخيطيات البانكروفتية في الدورة الدموية المحيطية في منتصف الليل) من الإصبع أو الأذن توضع على صفيحة زجاجية ثم تغطى بساترة وتفحص تحت المجهر.

المعالجة: بثنائي دي إيتيل كاريامازين الذي يمكن إضافته إلى ملح الطعام في المناطق الموبوءة، وينصبح باستخدام منفرات الحشرات والناموسيات من أجل الوقاية.

## الأخماج المنتقلة بالجئس عبر التاريخ،

كانت الأخماج المنتقلة بالجنس infections (STIs) وتعهد قريب تدعى "الأعراض الرهوية infections (STIs). وقد استعمل هذا المسطلح للدلالة على "venereal diseases". وقد استعمل هذا المسطلح للدلالة على الأخماج التي حُددت بقوانين وأنظمة بأنها أمراض تنتقل بالاتصال الجنسي حصراً: كالإفرنجي (السفلس) والسيلان البني، والقريح (القرح اللين) والحبيبوم اللمضي الزهري والحبيبوم الأربي. ثم استبدل بهذا المصطلح التاريخي مصطلح الأمراض المنتقلة بالجنس (STDs)، واحدث من أوضح إعادة التعريف والتمييز بين أمراض وأخماج سببها أوضح إعادة التعريف والتمييز بين أمراض وأخماج سببها الاتصال الجنسي مع شخص مخموج، والأخماج المسببة بعوامل ممرضة قد لا يكون الاتصال الجنسي السبب الرئيس في انتقالها؛ كالإصابة بالخمائر والحمة المضخمة للخلايا في انتقالها؛ كالإصابة بالخمائر والحمة المضخمة للخلايا والمساء السارية والجرب والقمل، وتسمى هذه الأخماج: الأحماج القابلة للانتقال بالجنس emans.

ورد ذكر السيلان البني gonorrhea في الأدب الصيني القديم وفي مصر القديمة والامبراطورية الرومانية إضافة إلى العهد القديم. وعلى مدى عدة قرون استعملت عدة أسماء للدلالة على الخمج بالنيسريات البنية "كالغريب" الذي استعمله أبو قراط، والهاء المشتقة من منطقة البغاء Le المتعمله أبو قراط، والمها المستقد من منطقة البغاء على داويس. أما كلمة السيلان فقد استخدمها جالينوس (١٣٠ بعد الميلاد) لوصف النضح الإحليلي الذي يتظاهر كندفق البدور من الإحليل.

في عام ١٨٧٩ اكتشف البرت نيسر Albert Neisser الحي المجهري المسبب للسيلان من مسحات ملونة مأخوذة من مضرزات الإحليل والمهبل والملتحمة.

وفي عام ۱۸۸۲ زرع ليستكو ولوفلر Leistikow & loffler النيسريات البنية. ثم طورت تقنية الزرع من قبل تاير ومارتن Thayer & Martin - في عام ۱۹۹۴ - اللذين طورا شروط الزرع الانتقائية على صحون أغار خاصة.

أما الإفرنجي (السفلس syphilis) فله أهمية تاريخية كبيرة، وقد كان له شأن كبير في الطب لأكثر من قرن مضى. وسمي بهذا الأسم بعد أن أصاب راعياً يدعى سيفيلوس Syphilus

فراكاستوريوس Fracastorius عام ۱۹۳۰، وأول من ذكر كلمة الإفرنجي من الأطباء العرب هو داود الأنطاكي المتوفى عام ۱۹۳۰ هـ (۱۹۹۹/۸۰ مراه الأطباء العرب هو داود الأنطاكي المتوفى عام اولي الأنباب"، لذا يعرف في المؤلفات العربية باسم الإفرنجي. وهو لم يعرف في أوربا قبل عام ۱۹۹۲م؛ مواقتاً لعودة كريستوف كولومبس Christopher Columbus وجماعته من أميركا؛ إذ أخذ بعدها ينتشر على شكل جائحة شاملاً مختلف الطبقات الاجتماعية، وقد أهب لهذا الانتشار تنقل جماعة المرتزقة وخاصة في أثناء الحرب بين فرنسا ونابولي.

وعولج المرضى في البدء بخلاصة خشب الكاياك، شم بالزئبق بطريقة الدلك الموضعي حتى النصيف الأول من القرن العشرين، أو على شكل شراب ثنائي يودور الزئبق، أو يودور البوتاسيوم، بعد دلك استعملت طرق أخرى غير طريق الفم (الكالوميل، زرق الزيت الرمادي عضلياً، أو سيا نور الزئبق عن طريق الوريد)، مما سمح بإخفاء أعراض المرض السريرية وتظاهراته الجلدية والحشوية، لكن ذلك لم يحقق الشفاء.

وقد اكتشف شودان وهوقمان عام ١٩٠٥ العامل المسبب المرض (اللولبية الشاحبة). واستخدم واسرمان تضاعل تثبيت المتممة الذي اكتشفه بورديت وجينو، مما سمح بتشخيص المرض باكراً وأمكن التوصل إلى الشفاء عام ١٩١٠ باستخدام عقارات أقل سمية (زرنيخ أرئش، الأرسينوينزول ١٩١٠ ثم نوفاأرسينوينزول ١٩١٤)، وكان المتداخل على الأفات القديمة – التي كانت لا تزال مقاومة للزئبق – حدثاً مهما (المعالجة المعقمة المذيبة)، فقد أدخل الزرنيج منذ عام ١٩١٨ في المعالجة إلى جانب البزموت، وإلى جانب المشتقات الزنبقية القديمة (بزموت. زلبق)، وهذه المشاركة الثلاثية حققت الشفاء بيد أن العلاج كان يستمر أربع سنوات كما أنه لم يكن يخلو من خطورة، مما أدى إلى استبعاد الزرنيخ تدريجياً.

وتلا عصر المعادن عصر الصادات، ومنت عام ١٩٣٦ أمكن شفاء السيلان البني بالـ"سولفاميد" الذي حل مكان غسل الإحليل (الإجراء الطويل والممل)، وحدثت الثورة الكبرى في العلاج عام ١٩٤٣ باستخدام البنسلين في معالجة الإفرنجي، وتم التوصل إلى الطريقة المثلى بالعلاج بالابتعاد تدريجياً عن المعالجة بالزئيق والبزموت والزرنيخ، ثم إيقافها

تهائياً بحسب اختلاف المدارس، ثم استخدامت الصادات الأخرى التي بدأت تكتشف شيئاً فشيئاً، ولم يؤد ذلك إلى إخفاء الأخماج المنتقلة بالجنس، بيد أنه حد من انتشارها. ثم ظهرت في الد ٢٥ سنة الماضية زيادة في المقاومة لهذه الصادات بسبب زيادة فوعات العوامل المرضة مما أدى إلى عناد هذه الأمراض على المالجات، كما رصدت مقاومة تجاه الصادات الحديثة الأخرى مثل السيكلينات والكينولونات واضحت هنالك مشكلة مهمة في المالجة.

لقد كانت الأخماج المنتقلة بالجنس وإلى زمن قريب أمراضاً مخجلة، تدفع بالريض إلى إخفاء مرضه وتبعده عن الطبيب، وقد حلت عوامل أخرى اليوم مكان هذه الظاهرة. ويعد الجهل والإهمال ونقص التوعية ونقص الثقافة الصحية من أهم عوامل انتشار هذه الأمراض، ويضاف إلى هذه العوامل صغر سن المصاب ونمط حياته وسهولة السفر والانتقال واستخدام مانعات الحمل التي حلت مكان الواقي الذكري المطاطي (الوسيلة التي كانت تحد من انتقال العدوى جنسياً). كذلك يُضاف إلى هذه العوامل الشذوذ الجنسي وتعدد الشركاء وإدمان المخدرات.

إن العنايية يحب أن توجه إلى هذه العوامل المختلفة بمحارية الجهل وتثقيف المناس بالأمور الأساسية حول الأخماج المنتقلة بالجنس، كما تقع التبعة على عاتق الطبيب المالج الذي يجب أن يلم بالمعرفة التامة حول هذه الأمراض وويائياتها ويالقوانين والأنظمة المتعلقة بها: من حيث الإعلام عن الأمراض السارية: وتحري الأشخاص الأخرين المسابين أو المذين هم بتماس مع المعرضين للإصابة بهذه الأمراض.

ويجب التنوية دائماً بأن الإفرنجي هو المقلد الأكبر، وانه من المهم التفكير به دائماً، وقد قبل قديماً: إن الطبيب الذي يعرف كل شيء عن الإفرنجي يعرف الطب كله، وإن الوسائل التشخيصية والعلاجية المتاحة حالياً مكنت من جعله المرض الأكثر أشفاءً من هذه الأمراض.

وإن ظهور مرض متلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) على لائحة الأخماج المنتقلة بالجنس؛ وإمكان مشاركته الإفرنجي أوجب إدراج هذا الاحتمال في كل مرحلة من مراحل الإيدز؛ حتى المرحلة التشخيصية المخبرية، وكذلك يجب إزاء كل حالة من هذه الحالات تقصي الأشخاص الذين هم بتماس المصاب ومعالجتهم.

ومع وجود الصادات الحديثة التي يمكن استخدامها بشكل مبكر وفعال: فإنه يجب التفكير بأن كل حالة آمكن علاجها وشفاؤها هي حالة كانت مصدراً لعدوى الأخرين.

الأخماج المنتقلة بالجنس والأخماج القابلة للانتقال بالجنس؛

أولاً- الأمراض المنتقلة بالجنس؛ العدوى فيها جنسية عادة، وهي:

- 1- الإفرنجي.
- ٧ السيلان البني.
- ٣ ً التهابات الإحليل اللابنية.
  - أ- القريح.
- هُ الحبيبوم اللمض الزهري.
  - اً الحبيبوم الأربي.
- ٧ً- متلازمة عوز الثناعة المكتسب (الإيدز).

ثانياً- الأمراض القابلة للانتقال جنسياً: العدوى الجنسية ممكنة وقد تكون سبب الإصابة. ومنها الأمراض التالية (ويأتى تفصيلها في أبحاثها الخاصة):

- ١ -- الحلأ التناسلي.
- ¥ المليساء المدية.
- ۴ً الثآليل التناسلية.
  - الأ-الحرب.
  - هُ قمل العائة.
    - ٦- الخمائر.
- ٧ً التهاب الكيث القيروسي،
  - أ الإفرنجي (السفلس):

هو داء خمجي، جهازي، مزمن، تسببه جرثومة تدعى اللولبية الشاحبة Arreponema pallidum وهي عضية ملتوية من عائلة اللولبيات، غير قابلة للزرع على الأوساط الصنعية، وسيئة التلوين بملون غيمزا، وهذا هو سبب تسميتها بالشاحبة، ويمكن تحريها بوسمها بالفضة أو رؤيتها بوساطة المجهر ذي القعر المظلم (الساحة المظلمة) الذي يسمح بتمييز شكلها وأبعادها وحركتها. وهي تسبب الخمج لدى بتمييز شكلها وأبعادها وحركتها. وهي تسبب الخمج لدى البشر وبعض التدييات فقط. ومع صعوبة نمو هذه الجرثومة على أوساط الزرع الصنعية؛ لكنها عدوانية جداً على نحو قدرة على غزو أي عضو في الجسم، وهي مراوغة جداً بحيث تحدث من تجنب دفاعات الجهاز المناعي حتى لدى الأشخاص الأصحاء؛ أو حتى حين استعمال جرعات عالية المنادات.

يُكتسب الخمج بالتماس الجنسي المباشر مع آفة معدية في شخص مصاب في مرحلة الإفرنجي الأولي أو الثانوي، أو من دخول الجرثوم عبر السطوح المخاطية التناسلية أو عبر تفرق اتصال في الجلد خلال عدة ساعات، أو يكتسب

الخمج على نحو أقل في الرحم عبر الشيمة حيث تنتقل اللولبيات من الأم إلى جنينها، أو عدوى الوليد السليم في أثناء خروجه من أم مصابة بالإفرنجي في الطريق التناسلي، ونادراً ما تتم العدوى عن طريق نقل الدم، كما تنتشر اللولبيات إلى العقد اللمفية في ناحية الإصابة وإلى الأعضاء الداخلية. وقد يحدث الانتقال عن طريق الجنس الفموى في نحو ١٤٪ من الحالات.

فترة الحضانة ٣ أسابيع وسطياً من ١٠-١٠ يوماً، وبعدها يظهر القرح وهو علامة الإفرنجي الأولى، ويبدو بقرحة غير مؤلمة مكان دخول اللولبية (مكان الإلقاح)، يتوضع القرح على الأعضاء التناسلية غالباً، أو قد يتوضع خارج حدود الجهاز التناسلي، وفي هذه المرحلة تكون اللولبيات موجودة في الدم مما يسمح بنقلها في أثناء نقل الدم، ويمكن إجراء التشخيص المبكر في هذه المرحلة عن طريق معايرة أضداه الفلوبولين المناعي IGM.

التمنيف الحديث للإفرنجي حسب مراكز السيطرة على الأمراض (CDC) في اطلنطا- أميركا- كما يلي:

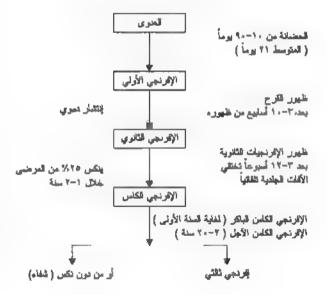
## أولأء الإفرنجي المكتمين

ثلثياً- الإقرنجي الريدي:

1- الإفرنجي الولادي البلكر.

٧- الإقرنجي قولادي الأجل.

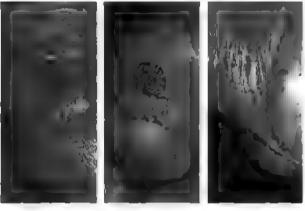
### السين الطيرعي للإأرتجي للمكتسب غير المعالج



# أولاً- الإفرنجي المكتسب

# ١- الإفرنجي الأولى (الدور الأول):

يظهر القرح chancre بعد ٢-٣ أسابيع من بدء العدوى، وهو العلامة السريرية الأولى الواسمة للإصابة بالإفرنجي. يبدأ القرح على شكل حطاطة ثم تتموت ثم تتقرح، ويبدو القرح مستديراً أو بيضوياً حدوده قاطعة ومرتضعة، ثابت باللمس، لونه وردي أو رمادي، رطب، يراوح قطره من بضعة ملمترات إلى ٢سم. قاعدته نظيفة، ويكون عادة وحيداً ونادراً ما يكون متعدداً. وبعد أسبوع يصبح القرح قاسياً وصلباً، وتعد هذه الصلابة علامة مهمة حتى إن كثيراً من العلماء يسمون القرح الإفرنجي "القرح الصلبا" (الشكلا)).



الشكل (١) الإفرنجي الأولي (القرح الصلب)

يتوضع القرح على المناطق التناسلية الظاهرة، وقد يتوضع خارج المنطقة التناسلية ولاسيما على الشفة وجوف الفم عن طريق التقبيل أو طريق الجنس الفموي، وهو التوضع الثاني من حيث الشيوع بعد التوضع التناسلي.

يترافق القرح دائماً وضخامة عقد لمفية موافقة للناحية المصابة، وهذه العقد غير التهابية وغير مؤلة ولا تتقيح، وتكون الحالة العامة للمصاب في هذا الدور حسنة ولا يبدو على العضوية أي تبدل يذكر ما لم يختلط القرح بخمج ثانوي.

يجب تضريق القرح الإفرنجي عن الأفات التقرحية التناسلية الأخرى كالقريح والحلأ التناسلي والقالاع التناسلي (داء بهجت).

الخمج الأولي اللاعرضي شائع بسبب التقرحات غير الميزة ولاسيما حين يتوضع القرح على عنق الرحم في النساء، أو حول الشرج أو في المستقيم. في هذه الحالات يشخص الإفرنجي على الأغلب خلال الدور الشاني (الإفرنجي الثانوي).

يشفى القرح غير المعالج شفاءً تلقائياً خلال ٢-٦ أسابيع

من دون معالجة، وهذا الشفاء قد يعزى إلى وجود مناعة موضع التلقيح.

يتطور المرض في ٢٥٪ من المسابين غير المعالجين إلى افرنجي ثانوي ويدخل ٤٧٪ في طور الكمون latent stage.

يقوم التشخيص على إثبات وجود اللولبيات الشاحبة بالفحص المباشر بالساحة المظلمة من مسحة مأخوذة من القرح، ومشاهدة حركة اللولبيات الميزة، وهذا هو الفحص الأكثر دقة وتأكيداً للإصابة.

تقسم التفاعلات المسلية الإيجابية للإفرنجي serologic تقسم التفاعلات المسلية الإيجابية للإفرنجي الثالث (STS) التي تظهر بدءاً من الأسبوع الثالث أو الرابع بعد الإصابة أو بعد أسبوع من ظهور القرح، إلى نوعان:

أ- تفاعلات مصلية غير توعية (الالولبية)؛ وهي أضداد الليبيدات القلبية عير توعية (الالولبية)؛ وهي أضداد الليبيدات القلبية المراض الزهرية، والـ (RPR) اختبار الراجنة البلازمية السريع، وتكون إيجابية في ٨٨٪ من الأشخاص المخموجين بعد ظهور العلامات السريرية الأولى، وهي مهمة جداً ويعتمد عليها في التشخيص وفي متابعة المريض المعالج وتقدير الشفاء من المرض بطريق العيار الكمي (المشعر الكمي).

ب- تفاعلات مصلية نوعية (لولبية)، وهي تفاعلات تتحرى الأضداد النوعية للولبيات. تكون إيجابية في ٩١٪ من المرضى المصابين بالإفرنجي الأولي بعد ٦ أسابيع من الإصابة، وأهمها اختبار تراص اللولبية الشاحبة الدموي (TPHA)، واختبار امتصاص الأضداد اللولبية الثالقي -ABS) ويجب استخدام نوعي الاختبارات المصلية اللانوعية والنوعية معا لإثبات التشخيص؛ لأن استخدام نوع واحد منها غير كاف للتشخيص، كما أن التفاعلات المصلية اللولبية (النوعية) الإيجابية قد تبقى إيجابية وبعبارات منخفضة مدى الحياة، لذا لا يعتمد عليها في تقدير الاستجابة للمعالجة مقارنة بالتفاعلات اللالولبية (غير النوعية) كالـ للمعالجة مقارنة بالتفاعلات اللالولبية (غير النوعية) كالـ VDRL التي تصبح سلبية بعد سنة من المعالجة الكافية.

## ٣- الإفرنجي الثانوي (الدور الثاني):

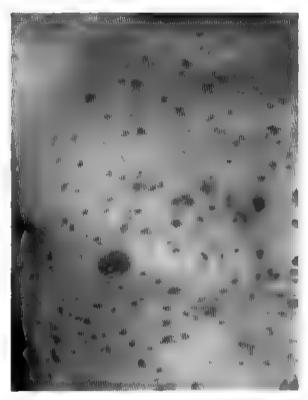
يتطور القرح خلال ١-٨ أسابيع نحو الشفاء التلقائي، ويتلوه اختفاء الارتشاح الموضعي للقرح وضخامة العقد اللمفية المرافقة في ناحية الإصابة؛ إذ يدخل هذا الإفرنجي المهمل في دور خطير يدعى الإفرنجي الثانوي أو دور التعمم والانتشار، وتظهر الأفات على الجلد والمخاطيات والأحشاء، وقد ترافقه اعراض عامة. تستمر الأفات بالظهور والتتالي

مدة عامين مشيرة إلى تعمم الخمج بوساطة الدم واللمف. تتظاهر الأعراض المنذرة بوهن عام وحرارة خفيفة وجفاف حلق وآلام عضلية وآلام مفصلية وضخامة كبد وطحال ونقص وزن، وأحياناً بصداع بسبب التخريش السحائي ا واعتلال عقد لمفية معمم غير مؤلم لدى ٥٠-٨٠٪ من المصابين، وتشمل الأعراض الجلدية الثانوية التظاهرات

أ-الطفحات الإفرنجية البقعية (الوردية الإفرنجية)، هي التظاهرة الأولى والأكثر شيوعاً في الإفرنجي الثانوي، ترى لدى ٨٠٪ من المرضى. تظهر الاندفاعات على الجذع من دون أعراض شخصية ولا تلبث أن تختفي خلال ثمانية أيام من دون أن تترلك أي أثر، وهي اندفاعات جلدية على شكل بقع حمر وردية مستديرة يراوح قطرها من بضعة ملمترات حتى سنتمر واحد، غير حاكة، غير مؤلة، ولا يوجد عليها وسوف، وتترافق وإيجابية التفاعلات المسلية. وفي هذه المرحلة تظهر الضخامات العقدية، وتكون صغيرة قاسية ومتحركة وغير وخاصة ناحية الرقبة والناحية المرفقية والإبط والنطقة وخاصة ناحية المرقبة والناحية المرفقية والإبط والنطقة الأربية. يجب تفريق الوردية الإفرنجية عن الطفوح الدوائية والطفوح الدوائية

به الطفحات الإفرنجية الحطاطية والحطاطية الوسفية: هي أقل حدوثاً، واشكالها كثيرة، تشبه سائر الاندفاعات الجلدية الحطاطية الأخرى ولا تفرق عنها إلا بارتشاحها وقوامها القاسي، كما أن لونها نحاسي أو أحمر بنضسجي. قد تكون الحطاطات عدسية صغيرة مرتشحة: ناتئة: تشبه حبات الخردق أو حبات العدس، وقد تكون بارزة على سطح الجلد؛ مستديرة: قاسية؛ تحيط بها قشرة رقيقة متوسفة على شكل طوق يسمى (طويق بييت collarette of بيت الخاصرتين (الشكل ٢). تفرق هذه الاندفاعات عن الحزاز السطح والنخالية الحزازانية الحزازانية

وتكون الأفات على الراحتين والأخمصين حطاطية عدسية وسفية حمراء داكنة بشكل منفرز في الأدمة (الشكل ٣). قد ترى الأفات الحطاطية على المناطق الدهنية من الوجه، ولاسيما الثنية الأنفية الشفوية، والمنطقة حول الفم (الصوارين)، أو على امتداد خط الشعر (إكليل فينوس)، وقد تتقرح الافات الحطاطية المتوضعة على فروة الرأس وتكتسي بجلب، قد تتوضع الطفحات الإفرنجية الحطاطية على



الشكل (٢) الإفرنجي الثانوي، الطمحات الإفرنجية الحطاطية الوسفية على الجدِّء



الشكل (٣) الإفرنجي الثانوي، اندفاعات حطاطية وسفية على الراحتين

الثنيات وخاصة الشفرين الكبيرين والصغيرين وحول الشرج وعلى القلغة تتآكل هذه الحطاطات وتتعطن وتميل إلى التكاثر بسبب النز المستمر، وبالتالي حدوث نوابت واسعة (اللقموم المنبسط condylomata lata) كريهة الرائحة، وهي معدية للغاية ويجب تفريقها عن اللقمومات المؤنفة التي تسببها الفيروسات (الشكل ٤).

ج- اضطرابات الصباغ الجلدي: قد ترى اضطرابات اصطباغية على شكل بقع سمر وأخرى بيض متتالية



الشكل (٤) إفرنجي ثانوي، اللقموم التبسط

منتظمة، مستديرة أو بيضوية، تتوضع على العنق خاصة (قلادة فينوس).

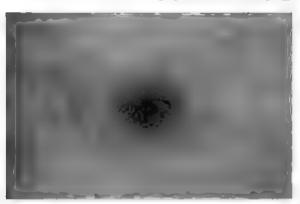
د- اضطرابات نمو الأشعار: قد يكون تساقط الشعر في الإفرنجي بقعياً، وتكون البقع على الفروة صغيرة أو كبيرة، منتشرة انتشاراً عشوائياً لها منظر الفرو المأكول بالعث، ولا تتساقط الأشعار تساقطاً كاملاً في بقعة واحدة أبداً. وقد يحدث تساقط أشعار الحاجبين ولاسيما في الثلث الوحشي. ه- الأقات المحاطية الفموية: تتظاهر على شكل لويحات تتوضع على الحنك واللثة واللسان في باطن الخد. وقد تكون بقعاً حمامية لماعة ونازة وغير مؤلة، مغطاة أحياناً بمادة منسخة رمادية وهي تعج باللولبيات الشاحبة وتنشر العدوى عن طريق الفم (القبل خاصة)، وهي تشبه القلاع غير المؤلم،



الشكل (٥) إفرنجي ثانوي، اللويحات المخاطية الفموية

وقد تظهر تشققات على الصوارين، وعلى اللسان وتكون التشققات خطية، كما تظهر لويحات على شكل مجزوز (غباب النواتئ الحليمية)، أو لويحات بيض متسخة، وقد تبلغ الحبال الصوتية مسببة بحة الصوت (الشكل ٥).

الإفرنجي الخبيث الباكر؛ نادر جداً، يتظاهر بآفات حطاطية لا تلبث أن تتقرح وتتنخر وتكتسي بجلب (الشكل ٢)، يصيب الأشخاص المتخلفين عقلياً وذوي الأضداد (+HIV)، ويغسر العوز المناعي شدة المرض، وتكون التفاعلات المصلية سلبية معا يدل على نقص المقاومة الخاصة عند المرض ضد العامل المرض.



الشكل (١) الإفرنجي الباكر الخبيث، اندفاعات تقرحية ونخرية

تشخيص الإفرنجي الثانوي: يعتمد على كشف اللولبية الشاحبة من الأفات المتقرحة واللويحات المخاطية وإيجابية التفاعلات المصنية كالـVDRJ والـ TPHA والـ FTA- ABS، وهي إيجابية بنسبة ٩٩٪.

وقد يظهر المصابون بالإيدز وذوو التفاعل الإيجابي (+HIV) تفاعلات مصلية شاذة وأحياناً سلبية.

## ٣- الإفرنجي الكامن (باكر- آجل):

بعد مضي فترة ٣-١٢ أسبوعاً على ظهور الأعراض الثانوية تختفي أعراض الإفرنجي الثانوي غير المعالج تلقائياً تاركاً المريض بحالة لاعرضية تدعى الإفرنجي الكامن، قد تمتد هذه المرحلة عدة سنوات، وقد تبقى مدى الحياة، ويغلب أن تكشف عرضاً في أثناء فحص الدم فحصاً متوالياً. يعتمد إثبات التشخيص على الفحوص المصلية الإيجابية؛ مع عدم وجود إثباتات سريرية على الخمج اللولبي، ويمر الإفرنجي الكامن بمرحلتين؛

آ- مرحلة الإفرنجي الكامن الباكر: ويكون قد مضى على
 الإصابة فترة اقل من سنة واحدة، مع احتمال حدوث نكس
 الرض، ويحدث النكس في نحو ٩٠٪ من المسابين بالإفرنجي
 الثانوي خلال ٥ سنوات من الإصابة.

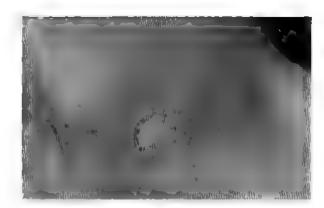
ب- مرحلة الإفرنجي الكامن الأجل؛ يكون قد مضى على الإصابة فترة أكثر من سئة، والنكس بعد سنة نادر، وقد يستمرهنا الدور عدة أشهر أو سنوات. وتظهر في ثلث المرضى المصابين بهذا الدور بعد سنوات (٣-٢٠ سئة) أعراض الإشرنجي الثالثي، وفي الشلث الثاني يكون لديهم تفاعل VDRL وRPR سلبياً (غير متفاعل)، ولكن الأضداد النوعية THA وRPS والإحابية، ولا يوجد لديهم أي موجودات سريرية دالة على الإصابة بالإفرنجي. أما الثلث TPHA وABS ومن دون أعراض سريرية حتى نهاية حياتهم.

يسهل تشخيص الإفرنجي الكامن إذا كانت هنالك قصة قرح إفرنجي وصفي، أو تظاهرات سريرية جلدية وصفية تثبت الإصابة بالإفرنجي، ولكن التفريق بين الإفرنجي الكامن الباكر والإفرنجي الكامن الأجل غير ممكن في بعض الحالات. والمرأة الحامل المصابة بالإفرنجي الكامن قد تلد جنيناً مخموجاً مصاباً بإفرنجي ولادي، لذا فإن إيجابية التفاعلات المصلية المؤكدة بعدة اختبارات يجب أن ترفق بفحص عام بحثاً عن إصابة عصبية (بزل قطني)، أو قلبية وعائية (صورة صدر وقلب) لكشف الإصابة بالإفرنجي

## الإفرنجي الثالثي (الآجل الدور الثالث):

يظهر بعد فترة زمنية تمتد إلى شهور وسنوات بعد الإصابة بالخمج الإفرنجي غير المعالج، وهو نادر جداً اليوم. طيف تظاهراته السريرية واسع ومختلف، ويتضمن إصابة الجلد والعظام والجملة العصبية المركزية والقلب والأوعية الدموية الكبيرة على نحو خاص. وتظهر في نصف المصابين تقريباً أعراض الإفرنجي الأجل السليم مع تطور الصموغ. وتظهر في ربعهم تظاهرات قلبية وعائية، وتظهر في الربع الأخير أعراض عصبية إضافة إلى تداخل التظاهرات المختلفة.

أ- الإفرنجي الثالثي الأجل السليم late benign syphilis. الصورة السريرية الأكثر شيوعاً للإفرنجي الآجل هي الصموغ ويسسم، وهي آفات مخرية موضعياً في مكان الإصابة من الجلد والعظام والكبد وبعض الأجهزة الآخرى. تتظاهر الصموغ في الجلد على شكل عقيدات متقرحة موضعياً بشكل قوسي (الشكل ٧)، تشبه النئبة الدرنية، تبقى أسابيع أو عدة أشهر وتترك ندبة دائمة، وقد تظهر عقيدات جديدة. تتلاشى هذه الأفات في نهاية الأمر بالعلاج بشكل فوري وكامل، أما الصمغ المعزول الذي يتوضع تحت الجلد فيشبه الخراج البارد، وقد يتنخر بسبب تقرح الجلد أو الأغشية



الشكل (٧) الإفرنجي التالثي الأجل السليم، الصمغ

المخاطية المصابة به. غالباً ما تصاب به العظام، والصمغ يخرب العظم المصاب به، وتتضمن التظاهرات السريرية لإصابة المظام الألم والتورم وتحدد الحركة، وقد تصاب مواضع أخرى بالصموغ كالطرق التنفسية العليا واللسان وعضلة القلب والجهاز العصبي وغالباً الجملة العصبية المركزية.

ب- الإفرنجي المصبي: هو انعكاس للشكل المزمن من التهاب السحايا الإفرنجي، ونتيجة لإصابة سحائية أو متنية في الدماغ أو الحبل الشوكي، قد يتطور الإفرنجي العصبي اللاعرضي إلى إفرنجي عصبي عرضي، وقد تؤدي الإصابة بالإفرنجي الوعائي العصبي إلى خذل أو شلل شقى.

والتابس الظهري يصيب أكثر من ثلث المرضى المصابين بالإفرنجي العصبي بعد فترة كمون طويلة، ويتظاهر بعدد من الأعراض والعلامات السريرية تتضمن: الرؤية المزدوجة، والآلام الرامحة في الأطراف، ونقص في منعكسات الساقين، والهزع، والخلل الوظيفي في المصرة، والنوبات الحشوية (بطنية وشرجية وآلام في الحنجرة). يترقى التابس الظهري في بعض الحالات ويؤدي إلى الموت إذا لم يعالج.

ج- الإفرنجي القلبي الوعائي؛ يحدث بشكل متأخر لدى ٥٦٪ من الأشخاص المسابين بالإفرنجي الآجل (الشالشي)؛ مع فترة كمون تراوح بين ١٤٠٥ سنة. وقد يشبت وجود اللولبيات في الأبهر الداني في المراحل الأولى من الإصابة.

التشخيص؛ يعتمد تشخيص الإفرنجي الأجل (الثالثي) على الأعراض السريرية السحائية والعصبية والوعائية. فالإفرنجي العصبي تكون فيه الاختبارات المصلية على الدم والسائل الدماغي الشوكي إيجابية دوماً؛ إضافة إلى ارتفاع ضغط السائل الدماغي الشوكي؛ وزيادة تركيز البروتين ومستوى الغلوبولين ووجود أضداد GG؛ وأضداد خاصة ضد اللولبيات على نحو ثابت في السائل الدماغي الشوكي؛ علماً أن تحري اللولبيات بالساحة المظلمة يكون دائماً سلبياً.

# ثانياً - الإفرنجي الولادي congenital syphilis:

يعزى الإفرنجي الولادي إلى انتقال الإفرنجي إلى الجنين في أثناء الحمل، وقد أصبح نادراً اليوم بسبب الشحوص المنوالية التي تجرى للحامل ومعالجتها - تحدث إصابة الجنين في الشهر الرابع حين يصبح الحاجز الشيمي نفوذاً، وإذا لم تعالج الحامل في الخمج الشديد قد يحدث الإجهاض مع طرح جنين ميت تبدو عليه التشوهات.

1-الإفرنجي الولادي الباكر: تظهر أعراضه بدءاً من الأيام أو الأسابيع الأولى من الحياة وتتضمن التهاب الصوارين العميق، وآفات حمامية حطاطية على الجذع والأليتين، وفقاعات راحية أخمصية وآفات مخاطية ونزلة قيحية شديدة وزكام وتأكلات فموية وآفات حضوية (ضخامة كبد وطحال ويرقان)، التهاب كلية والتهاب سحايا واختلاجات (شلل باروت الكاذب)، والتهاب العظم والفضروف والتهاب السمحاق (الشكل ٨).

يشخص بالمعرفة المسبقة بإصابة الأم، ويالفحوص المصلية وأضداد الـ IgM.



الشكل (٨) إفرنجي ولادي باكر، اندفاعات حمامية حطاطية وفقاعية على الأخمصين

الإفرنجي الولادي الآجل: يظهر بعد ٤ سنوات من
 العمر، وتقسم الأفات فيه إلى نوعين:

أ- آفات فعالة قابلة للتراجع كأعراض الإفرنجي الثانوي الكتسب.

ب- آفات فيرفعالة، ثابتة، لا تتراجع مهما عولجت (تشبه آفات الإفرنجي الثالثي). وتتضمن:

- انثقاب قبة الحنك أو تقبيها.
- تشوه قصبتي الساق (نصلة السيف). (الشكل ٩)
  - الأنف السرجى والجبهة الأولبية. (الشكل ١٠)
- الإصابات المصلية (انصباب مفصل الركبة ثنائي الجانب).



الشكل (٩) الإفرنجي الولادي، الظنبوب بشكل نصلة السيف

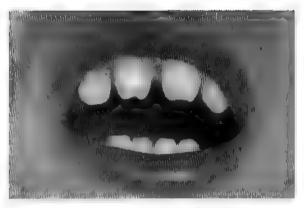


الشكل (١٠) الإفرنجي الولادي، الأنف السرجي

- الإصابات العصبية الباكرة: شلل عام أو تابس.
  - التهاب القرنية الخلالي.
    - الصبيم.
- تشوه الأسنان (أسنان هتشنسون). (الشكل ۱۱)
- ثلاثي هنشنسون Hutchinson's triad (التهاب قرنية خلائي وصمم وأسنان هنشنسون).

## تشخيص الإفرنجي الولادي مخبرياً:

يؤكد التشخيص بإثبات وجود أضداد نوعية عند الطفل



الشكل (١١) الإفرنجي الولادي، أسنان هتشنسون

ضد اللولبيات كاختبار FTA-ABS-19S-IGM الذي تبلغ حساسيته نسبة ۹۰٪ المشابه لاختبار IgM-Capture Elisa.

ويبدو أنه أصبح من الممكن مؤخراً تحديد اللولبيات بوساطة PCR وتأكيد الإصابة بالإفرنجي الولادي عند الولودين حديثاً.

أما في الإفرنجي الولادي الأجل فيبنى التشخيص على الموجودات السريرية وترافقها والاختبارات المصلية المتفاعلة.

#### الإفرنجي والإيدز:

من المفترض أن يزيد الإفرنجي ويقية الأخماج المنتقلة بالجنس والتى تسبب تقرحات تناسلية من خطورة الإصابة بالإيدز، وتكون الإصابة غير وصفية عادة. والمصابون بالإيدز قد يصابون بالإفرنجي العصبي في مرحلة مبكرة. وقد يلاحظ زيادة تواتر الاندفاعات المتقرحة لدى المرضى المصابين بالإفرنجي الثانوي. كما لوحظ عناد الأفة على المعالجة بالبنسلين G.

يستوجب الأمر إجراء البزل القطني منوالياً، وحين غياب العلامات السريرية أو الحيوية للإفرنجي العصبي تبقى الخطة العلاجية التقليدية معمولاً بها ما دامت المراقبة السريرية والمخبرية ممكنة (VDRL الكمي).

المعالجة: لا يزال البنسلين G العلاج المنتخب لعلاج كل مراحل الإفرنجي ولا يوجد حتى الأن ميل إلى مقاومة اللولبيات للبنسلين، والمستخدم من المعالجات يقتصر على البنسلينات والسيكلينات والماكروليد.

التتراسكلين هو الخيار الثاني في حال وجود تحسس أو مضاد استطباب لإعطاء البنسلين وحين وجود إصابة مرافقة بالإيدز أحياناً.

المالجة الموصى بها تعلاج الإفرنجي:

 الإفرنجي الباكر (الأولي، الثانوي، والكامن الآجل المكتسب لأقل من سنة):

 البنزاتين بنسلين ٢,٤ مليون وحدة في العضل جرعة وحيدة.

أو بروكائين بنسلين ٢, ١ مليون وحدة في العضل يومياً
 مدة ١٠ أيام.

## الخيار البديل في حال تحسس المرضى للبنسلين:

♦ دوكسي سيكلين ٢٠٠ ملغ في اليوم، ١٠٠ ملغ/فم/ مرتين يومياً مدة ١٤ يوماً.

♦ أو تتراسكلين ٥٠٠ملغ/فم/ ٤ مرات يومياً مدة ١٤ يوماً.

أو سيفترياكسون ١غ بالمضل أو بالوريد يومياً مدة ٨ ١٠ أمام.

أو أزيثرومايسين ٢غ/قم جرعة وحيدة.

 ٢- الإفرنجي الكامن الأجل (الكتسب الأكثر من سنة أو غير محدد الفترة) والإفرنجي القلبي الوعالي، والصموغ الإفرنجية:

 بنزاتين بنسلين ٤, ٢مليون وحدة بالعضل في الأسبوع لـ أسابيع.

 ♦ أو بروكائين بنسلين ٢, ١ مليون وحدة بالعضل في اليوم مدة ٢٠ يوماً.

## الخيار البديل في حال تحسس الرضي من البنسلين:

♦ دوكسي سيكلين ٢٠٠ ملغ باليوم (١٠٠ ملغ/فم/مرتين يومياً مدة ٢٨ يوماً.

♦ أو تتراسيكلين ٥٠٠ ملخ/فم/ ٤ مراث يومياً مدة ٢٨ يوماً.

## ٣- الإفرنجي العصبي والإفرنجي العيني:

● البنسلين المائي ٣ G-٤ مليون وحدة بالوريد كل ٤ ساعات (١٠-١٥ مليون وحدة في اليوم) مدة ١٠-١٤ يوماً.

 • أو بروكائين بنسلين ٤.٢ مليون وحدة بالعضل في اليوم،
 إضافة إلى ٥٠٠ ملغ بروينسيد/فم ٤ مرات پومياً. كلاهما مدة ١٠-٤١ بوماً.

الخيار البديل في حال التحسس من البنسلين: سيفتريا كسون ٢غ بالعضل أو بالوريد في اليوم مدة ١٠-١٤ يوماً.

المالجة الوصى بها لعلاج الإفرنجي في بعض الحالات الخاصة:

#### ١- الرأة الحامل:

 بنزاتين بنسلين ٢,٤ مليون وحدة بالعضل كل أسبوع (في الإفرنجي الباكر) مدة أسبوعين، أو مدة ثلاثة أسابيع في (الإفرنجي الأجل).

بروكائين بنسلين ٢,٤ مليون وحدة بالعضل في اليوم،
 إضافة إلى ٥٠٠ملخ بروينسيد/فم ٤مرات يومياً. كلاهما مدة

١١-١١ يوماً.

في حال التحسس من البنسلين: أزيترومايسين • • هملغ في اليوم مدة عشرة أيام، أو سيفتر باكسون اغ بالعضل أو بالوريد مدة • ١١ - ١٤ يوماً.

### ٢- الولادي:

- علاج حديث الولادة الثابتة إصابته أو حين وجود
   احتمال كبير للإصابة، أو وليد لأم لديها إفرنجي باكر غير
   معالج:
- البنسلين المائي G ، ۰۰۰ وحدة/كغ بالوريد كل ١٢ ساعة للأيام السبعة الأولى من الحياة، ثم كل ٨ ساعات عدة ثلاثة أيام أو ( ، ۱۰۰ ، ۱۰۰ - ، ۱۰۰ ) وحدة/كغ/يوم مدة عشرة أيام.
- او بروكائين بنسلين ٥٠٠,٥٠٠ وحدة/كغ بالعضل يومياً
   مدة عشرة أيام.
- علاج حديث الولادة من دون علامات دالة على المرض؛
   أو وليد مصاب لأم معالجة من الإفرنجي: بتزاتين بتسلين
   ١٥, ١٠٠ وحدة/كة بالعضل جرعة وحيدة.

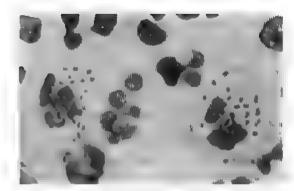
## ٣- الإفرنجي مع حُمج الإيدز:

- بنزاتين بنسلين ٢,٤ مليون وحدة بالمضل كل أسبوع مدة ثلاثة أسابيع.
- او بنسلین مائی ۳-۵ ملیون بالورید کل ٤ ساعات (۱۸۱۶ ملیون وحدة فی الیوم) مدة ۱۰-۱۵ یوماً.

فحوص المتابعة تتضمن VDRL وTPHA يوصى بإجرائها في الشهر الأول والثالث والسادس ثم الشهر الثاني عشر بعد المعالجة بالصاد المناسب في الإفرنجي الباكر، ثم كل آ أشهر مدة سنتين تاليتين للمعالجة. ويوصى بتقييم الإفرنجي الأجل حتى ثلاث سنوات، فإن كانت هناك موجودات غير طبيعية في السائل الدماغي الشوكي؛ يوصى بإجراء فحوص على السائل الدماغي الشوكي بفواصل سنة أشهر حتى يصبح تعداد الكريات طبيعياً ويصبح الـVDRL المجرى على السائل الدماغي الشوكي بفواصل المته أشهر على السائل الدماغي الشوكي بفواصل المته أشهر على السائل الدماغي الشوكي سلبياً، ويجب تقييم الشركاء على السائل الدماغي الشوكي سلبياً، ويجب تقييم الشركاء

## ۲ً – السيلان البني gonorrhea:

من أكثر الأخماج المنتقلة بالجنس مصادفة وانتشاراً واخباراً، وهو خمح جرثومي يصيب بصفة رئيسة الأغشية المخاطية البولية التناسلية عند الرجال والنساء، وتكون إصابة الأعضاء التناسلية خطرة لأنه قد يسبب التصاقات وندبات في البريخ أو أنابيب فالوب قد تؤدي إلى عقم دائم، وإصابة الأطفال نادرة وتكون عادة لا مباشرة (ثياب ملوثة) أو من الكهول الذين يشاطرونهم السرير.



الشكل (١٣) النيسريات البنية سلبية الغرام

سببه النيسريات البنية وهي مكورات مزدوجة سلبية الغرام (الشكل ١٢). تمتد فترة الحضائة من ٢-٥ أيام، وقد يتأخر ظهور العلامات الأولى بضعة أيام أحياناً. ينتقل غالباً عن طريق الممارسة الجنسية، ويصيب البشر الذين هم الثوي الوحيد للنيسريات البنية، ولم يثبت انتقال العدوى التجريبية إلى الحيوان، وقد تنتقل الإصابة من الأم إلى الوليد خلال الولادة، فيصاب الوليد بالتهاب ملتحمة أو ذات رئة أو حتى النهاب فرج ومهبل مع سيلانات قيحية واحمرار ووذمة في الفرج.

## أولاً- السيلان الموضع:

ا-السيلان البني هي الرجال: يصيب الجهاز البولي بداية، ثم تنتقل الإصابة لاحقاً إلى الأعضاء التناسلية بشكل متأخر، لذا يجب تشخيص السيلان البني باكراً ما أمكن وعلاجه للوقاية من وصوله إلى الأعضاء التناسلية وبالتالي منعاً من حدوث عقم دائم. يتظاهر السيلان بالتهاب إحليل خارجي حاد مع عسرة تبول وسيلان قيحي مخضر يرافقه أحياناً أعراض شخصية خفيضة أو شديدة (عسرة تبول، حرقة، وخز) تزداد في أثناء التبول (البيلة الساخنة)، وإذا لم يعالج معالجة صحيحة أو أهمل علاجه فإن السيلان يدوم عدة أسابيع مع امتداد الإصابة إلى القسم الداخلي يدوم عدة أسابيع مع امتداد الإصابة إلى القسم الداخلي من مخاطية الإحليل، وقد تصيبه بأكمله (الشكل ١٣).

يبقى ١٠٪ من الرجال المخموجين من دون أعراض سريرية وخمج لأعرضي، وتختفي الأعراض السريرية من دون علاج في أغلب المرضى بعد ستة أشهر.

تشمل الاختلاطات الموضعية للسيلان؛ التهاب عدد تيزون (أو تايسن) Tyson's gland- وهي عدد زهمية حرة تتوضع عادة على اللجيم - وغدتي كوبر (أو الغدة البحملية الإحليلية) Cowper's glands، والتهابأ جلدياً بالمكورات البنية. قد يؤدي انتشار المكورات البنية إلى التهاب الخصية والبريخ؛ أو التهاب الموثة؛ أو التهاب الحويصلات المنوية، ويسرع من



◄ الشكل (١٣)
 التهاب الإحليل السيلاني
 البني الحاد

ظهورها تناول الكحول وممارسة الجنس.

٧- السيلان البني في النساء؛ يكون الخمج لدى ٥٠٪ من النساء المصابات لاعرضياً؛ وقد يبقى غير ملاحظ وصعب الإثبات بالفحص المباشر. ومن الثابت إصابة عنق الرحم مع أعراض سريرية مرافقة كالضائعات المهبلية القيحية وعسر التبول والنزف الطمشي وعسرة الطمث، ويبدي الفحص السريري ضائعات عنقية قيحية وافرة لا نموذجية وحمامي ووذمة ومسحة صفراء تشير إلى التهاب عنق الرحم بالمكورات البنية. أما التوضع الإحليلي الصرف فنادر ولا عرضي، ولا يمكن تأكيده إلا بضفط الإحليل على ارتفاق عرضي، ولا يمكن تأكيده إلا بضفط الإحليل على ارتفاق المدة

ويكشف السيلان الحاد عند النساء في أثناء الفحص النسائي للتحري عن إصابة الشريك. والمضاعفة الموضعية الأكثر شيوعاً عند النساء هي: التهاب البوق، والتهاب المبيض والبوق، وهو معند على المعالجة وقد يؤدي إلى التهاب البريتوان الحوضي مع حرارة وألم، وحين يكون ثنائي الجانب قد يكون سبباً للعقم ويؤهب لحدوثه الطمث والحمل والكحول.

وتحدث في ١٠-٣٠٪ من النساء المصابات اللواتي يستمر لديهن الخمج فترة طويلة إما إصابة غدة بارثولان وتكون عادة وحيدة الجانب، وتنظاهر بتورم حاد ومؤلم في الشفر الكبير وخروج مفرزات قيحية حين ضغط القناة (الشكل ١٤)، أو قد تؤدي الإصابة إلى داء كلوي التهابي ناجم عن صعود البنيات.



الشكل (١٤) ► التهاب غدد بارتولان بالسيلان البني مع تشكل خراج

٣- من أشكال السيلان البني خارج المنطقة التناسلية:

أ- السيلان البني البلمومي، يصادف في الجنسين وسببه ممارسة الجنس الفموي، وهو عادة لا عرضي، ويشفى خلال عدة أسابيع شفاءً تلقائياً. ويرى عند أقل من ٥٪ من الرجال مغايري الجنس وعند ١٠-٢٥٪ من الرجال (الجنوسيين) مماثلي الجنس، وهند ٢٠٪ من النساء مغايرات الجنس.

ب- السيلان البني الستقيمي: يتظاهر خاصة عند الرجال الجنوسيين والنساء مغايرات الجنس اللواتي يمارسن الجنس عن طريق الشرج، وهو لأعرضي بنسبة ٥٠٪ من المرضى. وقد يتظاهر على شكل ضائعات مستقيمية وحكة شرجية مع نزف أو زحير وإمساك.

ج- السيلان البني الميني: غير شائع عند البالغين ولكنه لا يزال أحد أسباب العمى في الدول النامية. سببه الإلقاح الذاتي أو ممارسات جنسية غير طبيعية، يتظاهر بالتهاب ملتحمة قيحي، ويتطور بسرعة إذا أهمل علاجه إلى التهاب قرنية مخرب ثم إلى كثافة قرنية فالعمى.

#### ثانياً- السيلان البني النتشر:

١- التهاب السحايا والتهاب العضلة القلبية السيلاني: كان يرى قبل عصر الصادات أما الأن فهو نادرالشاهدة، وقد يكون التهاب العضلة القلبية السيلاني مع التهاب الدسام الأبهري سبببأ للإصابة بقصور القلب الاحتقائي الحاد وقصور الدسام الأبهري.

وذكرت في الأدب الطبي حالات قليلة من التهاب السحايا بالمكورات البنية.

٧- الإصابة المبنية عند حديثي الولادة: تحدث بسبب التلقيح المباشر بالمكورات البنية في أثناء الولادة من قناة الأم المصابة بالخمج البني، مما يؤدي إلى الإصابة بالتهاب ملتحمة قيحي، يمكن الوقاية منه باستعمال قطرة نترات الفضة أو قطرة صادات أخرى بعد الولادة مباشرة.

٣- التهاب ما حول الكبد السيلاني الحاد (متلازمة فيتز - هيو - كورتس (Fitz-Hugh-Curtis): يحدث هذا الداء عند النساء بهجرة المكورات البنية من أنابيب فالوب إلى الجوف الصفاقي، وأعراضه: ألم في المراق الأيمن يثنشر إلى الكتف اليمنى ويزداد بالتنفس والسعال والحركة، وترفع حروري وصداع وغثيان، ويكون الكبد متضخماً بشدة ومؤلماً بالضغط،

 التهاب الجلد والتهاب الفصل الحاد بالبنيات، وهو التظاهر الأكثر شيوعاً للأنسمام الدموي بالبنيات، ويشاهد في ٥, ١-١٪ من الترضي مع سيلان مخاطي من أغشية الإحليل المخاطية. ومن عوامل الخطورة لانتشار الخمج البنى الطمث عند النساء اللواتي ينتشر لديهن الخمج في أثناء الطمث أو بعده، أو يكون لديهن نقص وراثي في مستويات المتممة C5-C9،

تتضمن المتلازمة المدرسية؛ حمى، وآلاماً مفصلية، واندفاهاً طفحياً، والتهاب غمد الوثر في المفاصل الكبيرة كالركبتين والمرفقين والمصمين والكاحلين، وقد ترى أحياناً حمامي على الأوتار، أما الاندفاعات الجلدية فتنظاهر على شكل حطاطات نخرية مبعثرة ناجمة عن التهاب أوعية انسمامي بالصمامات، وتحدث غالباً على الأماكن القاصية من الأطراف.

التشخيص المخبري: يعتمد على إثبات وجود المكورات البنية وتكون على شكل مزدوجات؛ أي تجتمع كل مكورتين مما، وهي توجد داخل الخلية القيحية (كثيرة النوي) على شكل حية البنن، سلبية الغرام، يمكن مشاهدتها حين مد المفرزات الإحليلية على صفيحة وتلوينها، وهي تثبت الخمج بنسبة ٩٥-٩٨٪ عند الرجال، ومن عنق الرحم بنسبة ٥٠٪. أما الزرع فيجرى على وسط خاص غنى بثاني أكسيد الكربون وهو إجراء مهم لتشخيص الإصابة. وعزل المكورات البنية بالزرع إجراء ممتاز جدا عند المراة والرجل لإثبات التشخيص، وإيجابيته نحو ٩٥٪، وحين يتعلق الأمر بتظاهرات خارج المنطقة التناسلية - وفي السيلان البنى المنتشر (التهاب مفاصل، أفات جلدية)- فإن اختبار إثيرًا يكون مفيداً جداً. وإن التشخيص الواضح سريرياً لدى الذكور يجب أن يؤكد دوماً بعزل المزدوجات البنية، وعند الإناث يجب تحرى

المُزدوجات البنية في الإحليل وفي فوهة عنق الرحم بعد تنظيفها وليس من الفرزات التناسلية.

منائك طرق مخبرية أخرى حديثة لتحديد الدنا RNA؛ أي البنية البيولوجية الجزيئية للمكورات البنية. وهي اختبارات تشخص السيلان بطرق لا زرعية ما البنية. وهي اختبارات تشخص السيلان بطرق لا زرعية DNA كاختبار تهجين الدنا DNA غير المضخم hybridization وتقنيات تضخيم الحمض النووي hybridization techniques الذي يستخدم في الإصابة بخمج الكلاميديا التناسلية والسيلان البني مثل الـ Cobas (PCR).

التشخيص التغريقي: يجب التفكير بالأسباب الأخرى للخسائعات الإحليلية والمهبلية عند الرجل والمرأة، ومن هذه الأخماج: المتدرات الحشرية والمشعرة المهبلية والخمائر والجراثيم اللاهوائية التي يجب أن يتضمنها التشخيص التضريقي المتوالى.

المالجة: يعتمد اختيار الصاد الناسب على نتيجة الزرع والتحسس والمقاومة الجرثومية. كما يعتمد مكان أو أماكن الإصابة، والأعراض السريرية، والأعراض الجانبية للدواء.

ظهرت على مدى العقود الناضية طفرات مقاومة لختلف الصادات مما بُدَّلت من أجله الأنظمة العلاجية المنتخبة لملاج السيلان عدة مرات؛ إذ زادت المقاومة للسلما وللبنسلين وكانا العلاجين المنتخبين لسنوات عديدة، ثم ظهرت مقاومة شديدة لها في السبعينيات ولأسيما تجاه النيسريات المنتجة للبنسليناز. وبعد سنوات عديدة وصفت حالات معندة على السيكليشات تجعبتها مقاومية ليليمناكروليندات والسبكتينومايسين، وأخيراً في عام ١٩٩٦ وصفت حالات مقاومة للكينولونات في أمريكا، لذا تقلصت حالياً فعاليتها تجاه البنيات، هنالك اختلاف جفرافي واضح في المقاومة تجاه البنيات، ويحسب مراكز السيطرة على الأمراض كان الدواء الموصى بله عنام ٢٠٠٧ هنو الضلوروكيات وللوضات fluoroquinolones، وحالياً يوصى بالجيل الشالث من السيفالوسبورينات cephalosporins كالسيفترياكسون ceftriaxone الذي أصبح العلاج المنتخب لعلاج الأخماج البنية، والجرعة الوحيدة هي المتمدة لتجنب عدم مطاوعة المريض،

العلاجات الموسى بها حالياً لمالجة الأخماج البنية: ١- الأخماج البنية غير المختلطة: للإحليل، وعنق الرحم، والمستقيم:

● سيفكسيم cefixime ملخ/هُم جرعة وحيدة.

■ أو سيفترياكسون ceftriaxone ملغ/ بالعضل جرعة وحيدة.

- أو سيبروفلوكساسين ciprofloxacint ملغ/فم جرعة وحيدة.
- او ٹیفوفلوکساسین ۲۵۰ levofloxacin ملغ/هم جرعة وحیدة.

#### البرامج البديلة:

- سبيكتينومايسين spectinomycin ۲غ بالمضل جرعة وحيدة.
- برامج جرعة وحيدة من السيطالوسبوريشات (كالسيطتيزوكسيم ceftizoxime معاملغ بالعطال، سيفوكستين cefoxitin ع بالعضل إضافة إلى البرونيسيد اغ بالضم، سيفوتاكسيم cefotaxime معملغ بالعضل).
  - غيرها من برامج جرعة وحيدة من الكينولون.
  - ٧- الأخماج البنية غير المختلطة لإصابة البلعوم:
- سیفتریاکسون ceftriaxone ۱۲۵ ملغ بالعظیل جرعة وحیدة.
  - أو سبيروفلوكساسين ١٠٠ ملغ/فم جرعة وحيدة.
    - ٣- التهاب المتحمة البني:
    - سيفترياكسون اغ بالعضل جرعة وحيدة.

يجب إجراء اختبارات المتدثرات (الكلاميديا) لكل المصابين بأخماج السيلان البني لاستبعاد الخمج الثانوي أو لإضافة علاج للمتدثرات الحثرية C. trachomatis.

#### ٤- حالات خاصة:

## أ- الحوامل والمرضعات:

- سيفترياكسون ٢٥٠ملغ جرعة وحيدة.
- أو غيرها من برامع الجرعة الوحيدة من
   السيفالوسيورين.
  - او سبكتينومايسين ۲ غ بالعضل جرعة وحيدة.

## ب- الخمج البني المنتشر:

سيفترياكسون اغ بالعضل أو بالوريد خلال ٢٤ ساعة.
 أخيراً إنَّ إعادة التأكد من إثبات الشفاء، والمطاوعة مع العلاج، ورصد الشركاء واجب قانوني موصى به لعلاج السيلان البني وللوقاية منه في بعض الدول.

"-التهابات الإحليل اللابنية non gonococcal urethritis: يعزى ٥٠٪ من التهابات الإحليل اللابنية - التالية للسيلان البني أو المحرضة بالاختلاطات البولية التناسلية - إلى الإصابة بالمتدثرات الحثرية clamydia trachomatis أو بشكل نادر إلى الميكوبلاسما mycoplasma (المضطورة).

وتعد هاتان الإصابتان اكثر الأشكال شيوعاً بين الأخماج المنتقلة بالجنس في الوقت الحاضر مع زيادة انتشارهما في الأوساط الاجتماعية الراقية.

## :chlamydia urethritis التهاب الإحليل بالمتدثرات

تسبب المتدثرات الحثرية التهاب إحليل لا توعي في ٥٠٪ من الحالات، وهي جراثيم تسبب أخماجاً عرضية أو لاعرضية قابلة للانتقال بالجنس، وقد تكون السبب الأساسي لالتهاب الإحليل المزمن، أو قد تكون مرافقة لأخماج أخرى في الإحليل (ولاسيما السيلان البني). كما قد تصيب العين (الملتحمة) بسبب تلوثها بالمفرزات التناسلية.

عند الذكر؛ يحدث النهاب الإحليل الحاد ودور الحضائة فيه غير محدد، ترافقه مفرزات لا قيحية أو قليلة القيح وصعوبة في التبول، والحرقة سمة غالبة. ويحدث بشكل أكثر ندرة التهاب الحليل قيحي حاد مع التهاب مثانة، وبول قيحي لا جرثومي، والتهاب شرح، أو التهاب شرح ومستقيم، والتهاب بربخ. ومن مضاعفاته المعندة داء رايتر Reiter's disease (تقرن الجلد السيلاني) - وهو التهاب إحليل لا بني - والتهاب مفصل.

وعند الأنثى: ينظاهر التهاب الإحليل بالمتدثرات غالباً بالتهاب فرج ومهبل تحت الحاد؛ وضائعات مهبلية بيض: والتهاب عنق الرحم.

التشخيص؛ يمكن كشف المتدثرات في اللطاخة المأخوذة من مفرزات الإحليل أو عنق الرحم بوساطة التألق المناعي الذي يكشف الأضداد وحيدة النسيلة، أو بتفاعل إليزا ويعتمد الإثبات النهائي على زرع المتدثرات في مخابر مختصة.

المالجة: يعطى التتراسيكلين هيدروكلورايد بمقدار 
• • • • • ملغ ٤ مرات يومياً عن طريق الفم، أو الدوكسي سيكلين 
• • • • ملغ مرتين يومياً عن طريق الفم أيضاً، وهو العلاج 
الأمثل، وحين عدم تحمله أو عدم الاستجابة، أو كان هنالك 
مضاد استطباب لاستعمائه يعطى الإريثرومايسين بمقدار 
• • • • ملغ أربع مرات يومياً. كل هذه المعالجات تعطى لمدة سبعة 
أيام إلى عشرة.

۳- التهاب الإحليل بالمنطورات mycoplasma urethritis:
المنطورات أحياء مجهرية سلبية الغرام تنمو على أوساط زرعية خاصة، ويمكن بالزرع التمييز بين المنطورات المجزئة للبولة والمنطورات غير المجزئة للبولة.

يبدو أن مصورة البولية الحيالية للبولية urealyticum والمضطورة الإنسانية والمضطورة التناسلية يتحد بعضها مع بعض مسببة التهاب الإحليل، مع أنها قد تشاهد

في الإحليل غير الملتهب.

يكتسب التهاب الإحليل بالمفطورات أهمية خاصة حين يشكو المريض من مفرزات بيض مصلية تسمى البيلة البيضاء المقيمة. ويكون باهاء pH البول حامضاً. قد يشكو المريض من المتهاب الإحليل والموثة؛ والتهاب الملحقات؛ وضخامة العقد الناحية؛ مع علامات عامة كارتضاع الحرارة وارتضاع سرعة التثفل وكثرة الكريات البيض.

التشخيص: يتم كشف المضطورات بطرق زرعية خاصة فقط: أو بتحديد الأضداد المسلية الخاصة (تثبيت المتممة، التراص الدموي اللامباشر، التألق المناعي، التحال الكهربالي)، ولا يدل الاختبار السلبي على عدم وجود المضطورات، ويجب إعادة الاختبارات المسلية عدة مرات لتأكيد التشخيص.

العلاج: ينصح باستعمال التتراسكلين • • هملغ ٤ مرات يومياً مدة أسبوعين، أو • • ا ملغ دوكسي سيكلين مرتبن يومياً مدة أسبوعين، أو • • ا ملغ مينوسيكلين مرتبن يومياً لأسبوعين، وفي الإصابة بمصورة البولة الحالة للبولة يعطى الإريثرومايسين • • هملخ ٤ مرات يومياً لأسبوعين.

:trichomonas urethritis التماب الإحليل بالمشعرات

تشاهد المشعرات المهبلية (من زمرة السوطيات) في المفرزات المهبلية. ينتقل العامل المعرض بالجماع ويسبب التهاب إحليل مرّمن، وتكون الأعراض طفيفة مع نجيج مصلي، يمكن إظهار العامل المعرض في لطاخة طازجة من مفرزات الإحليل.

المالجة: الميترونيرازول ٢٥٠ ملغ ثلاث مرات يومياً لأسبوع أو بجرعة علاجية وحيدة فموية بمقدار ٢غ. ويجب معالجة الشريك دائماً.

#### ٤-- التهابات الإحليل الأخرى:

هناتك عضيات أخرى قد تسبب التهابات الإحليل، فالبيضات البيض خرص بشكل نادر التهاب إحليل حاد مع سيلان قيحي غزير، وقد يترافق والتهاب حشفة وقلفة ولاسيما عند السكريين، وتعالج بالكيتوكونازول ١٠٠ ملغ/فم أو الإيتروكونازول مدة ٥٠٠ أيام.

وعدا ذلك فإن كلاً من المكورات (عنقوديات، عقديات) والمصيات والإشريكيات الشولونية Escherichia coli والغاردنريلا المهبلية Gardnerella vaginalis، والشيروسات (حلاً بسيط)، والشيروس المضخم للخلايا CMV والحماق والحصية: قد تسبب التهاب إحليل تحت حاد مع سيلان خفيف وأحياناً عسرة تبول أو حكة في الصماخ،

# ءُ -- القريح chancroid (القرح اللين):

داء ينجم عن خمج جرثومي بعصيات دوكري الستدمية (محبات الدم لدوكري Haemophilus ducreyi)، وهي جراثيم قصيرة عصوية سلبية الغرام، يمكن مشاهدتها بصعوبة بالفحص المباشر، وتكون أكثر وضوحاً حين تزرع على أوساط خاصة؛ إذ يشاهد بوضوح الاصطباغ ثنائي القطب والميل إلى تشكيل سلاسل، وهو داء نادر الحدوث يحدث في جميع أنحاء العالم وخاصة في المناطق المدارية وتحت المدارية، وينتقل غالباً بالطريق الجنسى، يتظاهر المرض - بعد فترة حضانة من ٣ إلى ١٠ أيام- على شكل حطاطة على قاعدة حمامية يتحول بسرعة إلى بثرة ومن ثم إلى قرحة لينة مؤلمة مشرشرة الحواف. تكون الحواف في الحالات النموذجية مرتفعة وغير منتظمة مع محيط مزدوج؛ خارجي أحمر قان ملتهب، وفي الداخل شريط متنخر ضيق ضارب إلى الصفرة. أما قاع القرحة فأصفر رمادي اللون ويكون تحتها نسيج وعائى حبيبي، تكون القرحة معدية بشدة، ونادراً ما تكون وحيدة وتثرافق وضخامة عقد مؤلمة سرعان ما تصبح التهابية ولا تلبث أن تتنوسر (الشكل ١٥)، وإن قابلية العدوى الموضعية تجعل الناسور نقاط انطلاق لانتقالات مشوهة وإلى جانب الشكل الشائع توصف أشكال تقرحات عملاقة أو صغيرة، ويكون التوضع الرئيس على القضيب والشرج ومحيطه وفي المنطقة العجانية.

قد يصاب المرضى المصابون بالقريح بأمراض أخرى منتقلة بالجنس مثل الإفرنجي ويسمى عندئذ القرح المختلط mixed chancre، ويكون ليناً خلال الأسبوع الأول من ظهوره ثم تتصلب قاعدته في الأسبوعين التاليين ويحتوي على مستدميات دوكري واللولبية الشاحية معاً.

التشخيص: تشاهد عصيات دوكري في اللطاخة والزرع. ويجب تمييز القريح من القرحة الإفرنجية التي تكون عادة



الشكل (١٥) القريح (القرح اللين)، تقرحات متمددة

وحيدة وصلية وغير مؤلمة، وترافقها عقد التهابية لاتتنوسر، ويشاهد فيها اللولبيات الشاحية.

كما يجب تفريقه عن الحلاً التناسلي ولا سيما في الآفات المتقوئبة ثانوياً المؤدية إلى تأكلات مؤلمة مع حواف متعددة الحلقات، كذلك يجب التفكير بالحبيبوم الأربي والحبيبوم اللمفى الزهرى.

يجب إجراء الاختبارات الصلية للإفرنجي والـHIV في نهاية المعالجة ويعد ٦ أسابيع حتى لا يمر الخمج المرافق باللولبية الشاحبة والـHIV من دون ملاحظته وتشخيصه.

العلاج، يعطى الأزيترومايسين اغ بالقم جرعة وحيدة، أو سيفترياكسون ٢٥٠ملغ بالعضل جرعة وحيدة، أو سيبوقلوكساسين ١٠٥ملغ بالقم مرتين في اليوم مدة ثلاثة أيام، أو الإريترومايسين ١٥٠ملغ بالقم عمرات يومياً مدة سبعة أيام، ويجب فحص الشركاء بالجنس ومعالجتهم.

## هً -- الحبيبوم اللمضي الترمري lymphogranuloma. venereum:

الحبيبوم اللمفي الزهري ويسمى أيضاً الحبيبوم اللمفي المغبني أو هاء تيكولاً فاطر، تسببه المتدثرات الحشرية من النموذج إلى أيل أيل وتراوح حضائته بين ٣-١٢ يوماً، وهو داء نادر يحدث بصفة رئيسة في المناطق المدارية وتحت المدارية، وينتقل غالباً عن طريق الاتصال الجنسي، يعتمد سير الداء على مناعة المريض، ويكون سليماً وذا سير قصير إذا تشكلت الأضداد بسرعة.

التقرح الصغير الأولي يعبر خلسة من دون رؤيته وخاصة لدى الإناث، وهو تقرح صغير يتوضع داخل الإحليل أحياناً مما يسبب "التهاب إحليل عابر"، وقد يتوضع في الشرج، وقد يكون ذا شكل قرحي واضح، وهناك حملة أصحاء ولاسيما بين النساء.

العرض الرئيس هو الضخامة المقدية وحيدة الجانب التي تلي ظهور القرح بعدة أسابيع، وتشمل عدة عقد مشكلة صفيحة محدبة (كتلة متحركة على العمق)، تصبح التهابية ثم تأخذ بالتنوسر (الشكل ١٦). والتطور بطيء يفضي أخيراً إلى التهاب الشرح والمستقيم، وإلى التضييقات، وتصلب المعجان، والخراجات حول المستقيم، وأفات ناتئة (ورمية كاذبة) حول الشرح، وأفات فيلية تصيب الأعضاء التناسلية. وقد يحصل الخمج الدموي، وإصابات حشوية (ذات السحايا أو يصابات عينية أو تنفسية)، والإصابات العظمية المفصلية نادرة. كما تشاهد آفات مرافقة (حمامي عقدة، وحمامي عديدة الأشكال، واندفاعات شروية أو فرفرية الشكل).



الشكل (١٦) الحبيبوم اللمفي الزهري، مع ضخامة عقدية وحيدة الجانب

التشخيص: يعتمد على تحديد الدنا DNA النوعي للمتدثرات على النسيج المصاب بوساطة الـ PCR أو أي طريقة أخرى تضخم الحمض النووي. وهذه الطريقة أكثر حساسية من عزل العامل الممرض بوساطة زرع النسيج.

وتجرى الفحوص المصلية كاختبار تثبيت المتممة أو طرق أخرى تحدد الأضداد النوعية تجاه المتدثرات الحثرية 3-1 ألتي تكون عالية. والتشخيص التضريقي يجب أن يشمل الأمراض التي تسبب اعتلال العقد اللمفية، والتقرحات، أو التأكلات في المنطقة التناسلية كالقريح، والإفرنجي، والحلأ التناسلي الناكس، والسل، واللمفوما.

المعالجة: العلاج المنتخب هو الدوكسي سيكلين ١٠٠ملغ بالفم مرتين يومياً مدة ثلاثة أسابيع، والعلاج البديل في حال الحمل الإريثرومايسين ١٠٠ملغ/الفم ٤ مرات يومياً مدة ثلاثة أسابيع أيضاً. يكون شفاء العقد المتضخمة بطيئاً. كما يجب اللجوء إلى التدابير الجراحية الملطفة حين وجود المقد اللمفية الكبيرة وشقها وتفريفها بشكل متكرر لوقايتها من التنوسر.

يجب معالجة الشريك بعد التأكد من إصابته، والانتباء لحملة HIV الذين يتطلبون معالجة أطول.

# ﴾ – الحم يديد يسوم الأريسي granuloma inguinale (السداء الموتوطاتي):

هو مرض حبيبومي قرحي مزمن، معتدل السراية، غالباً ما يصيب المناطق التناسلية في الرجال، ولا يبدي ميلاً إلى الشفاء التلقائي، يسببه جرثوم كاليماتو الحبيبي من Calymmatobacterium granulomatis الناحية الشكلية والمستضدية إلى أنواع الكليسلة المداب أو تدعى أجسام دونوفان، تتجمع في محافظ من دون أهداب أو بذور. يشاهد على نحو خاص في المناطق المدارية وتحت

المدارية. وحضائتة الحقيقية غير واضحة تراوح بين يوم واحد الى سنة. الفترة المتوسطة على الأغلب ١٧ يوماً. التوضع الرئيس للمرض في المناطق التناسلية، ولاسيما المنطقة الأربية. والأفة الأولية هي تقرح حطاطي، غير مؤلم في البدء، وغير قاسر، سطحه حبيبوبي متنبت قليلاً، وغير مترافق وضخامة عقدية، ولا يرافقه أخماج ثانوية. وحيد أو متعدد، يتوضع على القضيب أو الفرج وكذلك في الثنيات الأربية والعجان، ونادراً على عنق الرحم (مع ضخامة عقدية). وقد تمتد الأفات وتصبح تقرحية متبرعمة، ضخامية، متنخرة وياترة أحياناً، ينضح منها سائل مصلي مدمى ذو رائحة نتنة. قد يستمر السير لسنوات ولا تشفى تلقائياً من دون معالجة.

التشخيص: يعتمد على عزل أجسام دونوفان من النسج والمسحات من الأفات الفعالة وتلوينها بملون غمزا أو رايت أو ليسمان. لا يوجد فحوص مصلية متوافرة للتشخيص. ويجب نفي القرح الصلب (الإفرنجي) واللقموم المنبسط؛ والقريح، وأورام الجلد، ويعض التوضعات الجلدية لداء كرون، والفقاع التنبتي والحلا التناسلي، والحبيبوم اللمغي الزهري.

العلاج: العلاج الموصى به هو الدوكسي سيكلين ١٠٠ ملغ بالفم مرتين يومياً لأكثر من ثلاثة أسابيع، والعلاج البديل تري ميتوبريم—سلفا ميتوكسازول القوة المضاعفة (١٦٠ ملغ-١٠٠ ملغ/حب) بالفم مرتين يومياً، أو سيبرو فلوكساسين ١٠٠ ملغ بالفم مرتين يومياً، أو اريشرومايسين ١٠٠ ملغ بالفم عرات يومياً، أو اريشرومايسين ١٠٠ ملغ بالفم عرات أو أزيشرومايسين ١٠٠ ملغ بالفم

كل هذه الأنظمة العلاجية يجب أن تؤخذ حتى شضاء الأفات كاملاً (لأكثر من ثلاثة أسابيع).

يجب فحص الشريك الجنسي ومعالجته حين ظهور الأعراض والعلامات السريرية للداء الدونوفاني.

الأخماج القابلة للانتقال بالجنس: أولاً- الحلأ التناسلي:

١- الحلأ التناسلي الأولي:

ينجم عن شيروس الحالا البسيط النمط؟، ويتظاهر بأعراض صاخبة خاصة.

أ عند المرأة الشابة: يتظاهر على شكل التهاب فرج ومهبل حاد مؤلم بشدة، مع حمى ووهن عام. تظهر الحويصلات على مخاطية الفرج التي تكون وذمية (الشكل ١٧)، وتشاهد تسحجات مدورة تشاركها آفات حلنية في المهبل وعنق الرحم لا يمكن مشاهدتها الاستحالة الفحص النسائي بسبب الألام البرحة. ترافق الأفات ضخامة عقد لمفية مغبنية مؤلة، ومن

العامل الرض	التشخيص	الآفات السريرية	فترة الحضانة	اثداء	
حمة الحلأ البسيط (النمط٢)	تألق مناعي مباشر، الطاخة تزانك، زرع، PCR	حويصلات، تأكلات، قرحات، قصة خمج حلني مؤلم	۲۰۰٤ ایام	الحلأ التناسلي	
اللولبية الشاحبة	الفحص بالساحة المظلمة، الفحوص المصلية	قرحة وحيدة عادة غير متقيحة، صلبة، غير مؤلة	۹۰-۱۰ يوماً المتوسط (۳ أسابيع)	الإفرنجي الأولي (القرح الصلب)	
مستدمية دوكري	الزرع	تقرحات متعددة، متقيحة، حواف لينة وغير محددة، مؤلة	۳-۰۰ ایام	القريح (القرح اللين)	
المتدثرات الحثرية 1.1-3	فحوص مصلية، زرع، PCR	قرحة صلبة عابرة، غير مؤلة	۲-۱۲ يوماً	الحبيبوم اللمفي الزهري	
كاليماتو باكتريوم الحبيبومية (الكلبسلة)	لطاخة، دراسة نسجية	قرحة حمراء وذمية قاسية مزمنة	۲-۲۳ پوماً	الحبيبوم الأربي (الداء الدونوفاني)	
الجدول (١) الأخماج التي تسبب داء قرحياً تناسلياً					

الشائع حدوث أسر بولي، ويكون التبول مؤلماً بشدة ومضنياً. يحتاج التندب التلقائي إلى فترة أسبوعين أو ثلاثة أسابيع، ويمكن تسريعه بشكل ملحوظ بإعطاء الأسيكلوفير.

ب-عند الرجل: تكون الإصابة أقل حدة مما هي عليه في

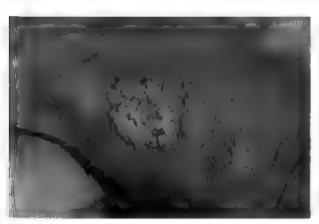


الشكل (١٧) حالاً تناسلي أولي عند امرأة (على الهبل)

المُرأة، وتلتبس غالباً مع الحلا المعاود. هنالك أشكال خطيرة للخمج الحلئي التناسلي ولاسيما عند ضعيضي المناعة المصابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز) (الشكل ١٨).

## ٢- الحلا التناسلي الماود:

شائع وجدير بالاهتمام، ينتقل عن طريق الاتصال الجنسي. وقد خلق في أوريا وأمركا رهاباً حقيقياً بسبب زيادة اهتمام وسائل الإعلام به ويأخطاره. يؤثر في الحياة الجنسية والعاطفية للزوجين، فهو مزعج ومؤلم وغالباً ما يتفعل



الشكل (١٨) حلاً تناسلي معاود (على القصيب)

بالعلاقات الجنسية مشكلاً مصدراً للقلق الاحتمال العدوى وقلة فعالية العلاجات المتوافرة. كما أنه يزيد فرص العدوى بالأخماج المتنقلة بالجنس الأخرى، ويشكل الحلا التناسلي تهديداً حقيقياً في أثناء الحمل وقد يسبب إجهاضاً مبكراً في الأسابيع العشرين الأولى من الحمل، أو بضع حالات من اعتلال الجنين والخداج، وخاصة أن هناك خطر حدوث حلا الوليد في أثناء الوضع، وبالمقابل قل الاهتمام في الوقت الراهن عما كان عليه قبل عدة سنوات بالبحث في قدرة شيروس الحلا التناسلي المسرطنة، ويبدو أن شأنها ثانوي بالنسبة إلى شأن الفيروس الحليمومي الإنساني HPV في نشوء سرطان عنق الرحم.

في حالات عوز المناعة المكتسب (الإيدز) تكون المعاودات أكثر شيوعاً ولا نموذجية وذات سير مديد (حلاً تناسلي مزمن)، ويتظاهر على شكل تقرحات ذات قعر نخري وحواف حويصلية بثرية أحياناً، وعندها يجب أخذ لطاخة لإجراء دراسة بالومضان المناعي والزرع.

التشخيص، تكفي القصة المرضية والسريريات لوضع التشخيص في معظم الحالات ولا تستطب الفحوص المخبرية التي تكون غير مجدية في معظم حالات الحلأ المعاود، إلا في حالات خاصة ولاسيما الخمج الحلتي الأولي، وحلاً الوليد، والتهاب الدماغ الحلثي، وفي الأشكال اللانموذجية (مثبطي المناعة). وفي حلاً الحامل يميل التشخيص الفيروسي حالياً إلى تفضيل عزل الفيروس المباهر والتشخيص المناعي الخلوي على معطيات الفحوص المباشر والتشخيص المناعي الخلوي على معطيات الفحوص المصلية.

#### الفحوص الماشرة:

أ- فحص النطاخة؛ يُرى فيه وذمة خلوية (تنكس نفاطي). وخلايا عديدة النوى واشتمالات داخل خلوية. هذه الطريقة سهلة وسريعة تجرى خلال ١٠ دقائق ولكنها لا تسمح بتمييز شيروس الحلأ البسيط من الفيروسات الحلئية الأخرى.

ب- التألق المناهي: الذي يكشف مستضد شيروس مع أضداد وحيدة النسيلة، وهي طريقة نوعية تسمح بالتمييز بين الثيروس نمطا والثيروس نمطا وثيروس الحماق وداء المنطقة.

ج- البحث عن القيروس بالجهر الإلكتروني: وهذه الطريقة لا تميز بين فيروسات الحلأ البسيط وبقية الفيروسات الحلئية.

عزل الفيروس بوساطة الزرع والتنميط.

ه- الفحوص المسلية: لا قيمة لها في الحاذ العاود: إذ لا

يختلف مقدار الأضداد المضادة للحلاً كثيراً في حالة الهجمات عنها في حالة الهجوع.

العلاج: الإسيكلوفير acyclovir والمستجدات في زمرته هي العلاج التوعي المضاد للحلا، وهو يملك ولعاً انتقائياً بالتيميدين كيناز للفيروس، ويفيد في معالجة الأشكال الشديدة للحلاً.

## ثانياً- الليساء المدية:

أو المليساء السارية molluscum contagiosum سببها فيروس كبير من زمرة الفيروسات نظائر الجدرية ومنها ذريتان (MCVI.II) تخمجان الخلايا البشروية. وهي من الأمراض القابلة للانتقال بالجنس، وقد يكون الاتصال الجنسي سبباً مباشراً للإصابة. تتظاهر سريرياً على شكل حطاطات لؤلؤية، أنصاف كروية، تقيس ١-٢مم فيها تسرر مركزي، يخرج منها بالضغط مادة بيضاء مميزة. والمليساء السارية قد تتعمم ولاسيما في المرضى التأتبيين والمسابين بمتلازمة عوز المناعة المكتسب (الإيدز). والمظهر السريري الواضح جداً في معظم الحالات يسمح بسهولة التشخيص، والثاليل التناسلية؛

سببها الفيروسات الحليمومية الإنسانية HPV. تنجم عن الاتصال الجنسي بنسبة ٧٠٪ من الحالات، مما يستوجب



الشكل (١٩) ثأنيل تناسلية متعددة على القضيب (أصابت الحشفة والقلفة)

معالجة الشركاء والبحث عن أمراض أخرى مشاركة تنتقل بالجنس، والتأليل الشرجية التناسلية أكثر شيوعاً عند الرجال وخاصة الجنوسيين، وهي لقمومات مؤنفة (تشبه فنزعة الديك) ناجمة عن تشكلات لحمية معنقة بلون زهري أو حمر قانية، مجتمعة على شكل كتلة رخوة، ضخمة احياناً. تتوضع عند الرجال بشكل انتقائي على القلفة واللجام أو الثلم الحشفي القلفي والفوهة الإحليلية، وقد تصيب جسم القضيب والشرج (الشكل ١٩).

وعند النساء تصيب القسم الخلفي للدهليز المهبلي والأشفار، وقد نمتد إلى المهبل أو الإحليل أو العجان وعنق الرحم.

وصفت أشكال أخرى قد تكون مرافقة للأشكال السابقة، تتظاهر على شكل اندفاعات حطاطية لاطئة، متعددة، أو على شكل ثآليل من النمط الشائع، مصطبغة، أو متقرنة، تتوضع على جلد العجان والأعضاء التناسلية. يزداد انتشار الأفات بالحمل والعوازات الناعية، تتراجع عادة ولكنها تنكس غالباً وقد تستمر لسنوات.

## رابعاً- الجرب:

مرض طفيلي ناجم عن حلّم (هامة الجرب)، وهي طفيلي إنساني إجباري. يتم الانتقال في الغالبية العظمى بالتماس المباشر بين البشر، وتتطلب العدوى تماساً صميماً طويلاً ولاسيما الأشخاص الذين ينامون في السرير نفسه، وقد ينتقل عن طريق العلاقات الجنسية لذا يعد مرضاً قابلاً للانتقال بالجنس. العرض الرئيس هو الحكة المعممة التي تشتد ليلاً. والاندفاع الجربي له توضع انتقائي خاص يرافقه علامة وصفية يجب البحث عنها هي: (الثلم أو النفق الجربي) يتوافق وسير الحلم الأنثى في الطبقة المتقرنة للبشرة، ويتوضع بين أصابع اليدين والوجه الأمامي للمعصم، كما تتوضع بين أصابع اليدين والوجه الأمامي للمعصم، كما تتوضع أفات الجرب على الأوجه الأمامية للمعصمين والمرفقين ومنطقة السرة والأليتين وعلى الوجه الأنسى للفخذين، ولا يصاب الوجه ولا العنق عادة.

قد يتظاهر الجرب على المنطقة التناسلية بعلامة اساسية هي القرح الجربي وهو أفات حطاطية متسحجة أحياناً، حاكة جداً، تتوضع على نحو خاص على القضيب أو الصفن. أما عند المرأة فتشاهد الأفات الجربية على حلمتي الثديين، مع أفات متسحجة أو جلبية وهي علامة موحية بالإصابة. يسير الداء إلى مالا نهاية من دون شفاء تلقاني، ثنا يجب أن يعالج المريض والأشخاص المحيطون به والشريك خاصة، وتتضمن المعالجات البيرميثرين موضعياً أو الليندان، ومؤخراً استعمل

إيضرميكتين ivermectin على شكل حيوب،

## خامساً- قمل العانة:

قمل العائة مرض طفيلي خارجي ينجم عن القمل الأربي الذي يفضل التوضع على الأشفار والعائة (شعر المنطقة التناسلية). يبدو بالفحص على شكل كتلة صغيرة رمادية أو بنية على مستوى الفوهات الجرابية وتكون البيوض معلقة على ساق الشعرة. والتوضع العاني للإصابة يعطيها صفة الرض القابل للانتقال بالجنس. ولما كان الطفيلي البالغ كسولاً وقليل الحركة؛ فإنه يحتاج إلى تماس صميم لحدوث الانتشار إلى شخص آخر، بيد أن العدوى غير المباشرة بالمناشف وأغطية السرير ممكنة. والإصابة حاكة بشدة ولاسيما في الليل؛ مع تصبغات متسجحة في أمكنة اللدغ.

يجب فحص المحيط العائلي والمدرسي لاتخاذ التدابير الوقائية ومعالجة الشريك. يعالج قمل العائة بالليندان أو دد. تن تطبق مرتبن بفاصل ٢٤ ساعة. ثم يتكرر التطبيق مرة ثالثة بعد أسبوع.

# acquired (الإيسز) الخيامة المكتسب (الإيسز) immunodeficiency syndrome (AIDS)

هو معقد أو خليط من الأخماج المكتسبة والأورام التي تصيب المرضى الدين لديهم مؤشرات دالة على وجود عوز الخلايا التائية، يترافق وفيروس عوز المناعة الإنسانية (HIV). human immunodeficiency virus

وهو وباء واسع الانتشار وما زال يطرح أكبر قضية تتحدى الصحة العامة على مستوى العالم. وهو لسوء الحظ ينتشر في الدول الفقيرة بالموارد الاقتصادية، ويصيب الأشخاص العاطلين عن العمل والأشخاص العاملين بالجنس مصدراً لرزقهم، ومتعاطي المخدرات الوريدية، والجنوسيين والذين يعيشون في بيئات فقيرة.

يتعايش حالياً نحو ٤٠ مليون شخص في العالم مع خمج الد (HIV)، وقد مات ٢٥ مليون شخص بالإيدز منذ عام ١٩٨١، والد منذ عام ١٩٨١، وقد مات ٢٥ مليون شخص بالإيدز منذ عام ١٩٠٥ كانت نسبة حدوث الخمج كل يوم نحو ٢٠٠٥، ١٩٥١ حالة مع خمسة ملايين حالة جديدة تسجل كل سنة في العالم، ويعد الإيدز حالياً السبب الرئيس للموت في إفريقيا والمسبب الرابع للموت في العالم.

واستطاعت برامج الوقاية من الإيدز مؤخراً التخفيف من تفشي المرض في مجموعات سكانية محدودة يزداد فيها انتشار المرض، كما أن ثورة الأدوية المضادة للفيروسات - ولا سيما الفيروس المسبب للإيدز، وأهمها المعالجة العالية

الفعالية المصادة للغيروس الخلفي (القهقري) highly active الفعالية المصادة للغيروس الخلفي (القهقري) — Antiretroviral therapy (HAART) في السنوات الأخيرة حسنت من وضع الإيدز في الدول الغنية كأوريا وأمريكا وأستراليا. أما على مستوى العالم كله فإن هه؟ من مرضى الإيدز لا يتلقون أي علاج، ولقد مات في عام عنه الكثر من ثلاثة ملابين شخص بسبب إصابتهم بالإيدز في العالم أجمع، وأكثر من نصف مليون منهم كانوا أطفالاً. تتطلب جهود الوقاية والعلاج من الإيدز فيادات فعالة وطنية وقومية ودولية على مستوى عالمي، كما أنها تحتاج إلى برامج وطنية ومؤسسات فعالة واعتمادات مالية ملائمة،

سجلت أولى حالات الإيدز في أمريكا عام ١٩٨١ لدى جنوسيين مدمني الهيرولين، وبعد ذلك سجلت حالات لدى مرضى نقل لهم دم، ثم لدى اطفال ولدوا من أمهات مصابات بالإيدز، وأخيراً لدى شركاء جنسيين ذكوراً وإناثاً لمرضى مصابين.

إضافة إلى التوعية الاجتماعية.

عزل الشيروس المسبب للمرض في وقت واحد تقريباً من قبل كل من مونتانييه Montagnier للفرنسي وغالو R. Gallogher للفرنسي وغالو الأمريكي في عام ١٩٨٣، وأطلق عليه في البدء اسم الشيروس المضخم للخلايا اللمضاوية (LAV)، ثم أطلق عليه اسم الشيروس الإنساني المشوه للخلايا اللمضاوية التائية من التمط الثالث (HTLVIII)، ثم أخيراً شيروس عوز المناعة الإنسانية (HIV)، واعتمدت هذه التسمية من قبل المجلس العلمي الدولي عام ١٩٨٦ ولا يزال معمولاً بها.

امتد ظهور المرض من البؤر الإفريقية والأمريكية إلى بقية الدول. وفي عام ١٩٨٦ أمكن عزل فيروس جديد أطلق عليه اسم فيروس عوز المناعة الإنسانية النمط الثناني (HIVII) في بؤرة إفريقية (غينيا)، وهو مسؤول عن الأعراض نفسها التي يسببها فيروس (HIVI) المنتشر في أمريكا وأوريا. وكلا النمطين (HIVIH) هما تحت أنماط، وهما قريبان من فيروس (HTLVIII).

## الإمراض:

فيروس عوز المناعة الإنسانية هو فيروس (خلفي، فهقري) retrovirus ينتمي إلى زمرة HTLV، مادته الوراثية هي الرنا RNA، خلافاً للدنا DNA الموجود في معظم الفيروسات.

بدخل الفيروس الخلية المضيفة - وكثيراً ما تكون خلية لمفاوية تأثية مساعدة ذات النهط المفاصي CD4- حيث يتم انتساخ الرنا إلى الدنا بوساطة إنزيم فيروس اسمه (إنزيم الانتساخ المكسي reverse transcriptase)، ويعدها يتم إدخال

الدنا إلى مجين genome المضيف حيث يستطيع القيروس البدء بالتكاثر. يستهدف فيروس عوز المناعة الإنسانية الخلايا اللمفاوية CD4 على نحو أساسي، لكنه يغزو أيضاً وحيدات النوى والبالعات الكبيرة وخلايا الدبق العصبي وخلايا لانفرهانس، ويغزو عملياً أي خلية أخرى في جسم الإنسان. وقد يكون ضعف وظيفة خلايا لانفرهانس بسبب خمجها بالقيروس؛ السبب في ظهور العديد من تظاهرات الإيدزالجلدية. لقد عزل الفيروس من الخلايا وحيدة النوى في الدم المحيطي، ومن خلايا نقي العظام والعقد اللمفية، في الدم المحيطي، ومن خلايا نقي العظام والعقد اللمفية، عنق الرحم وأنسجة الدماغ والحليب الوالدي والجلد لدى عنق الرحم وأنسجة الدماغ والحليب الوالدي والجلد لدى فتوجد بنسبة ١٠٠٪ تقريباً في المرضى المصابين بمتلازمة فتوجد بنسبة ١٠٠٪ تقريباً في المرضى المصابين بمتلازمة الإيدز الكاملة التطور.

أصبحت طرق العدوى معروفة وهي العلاقة الجنسية مع الأشخاص المصابين، إضافة إلى التعرض للدم المخموج بالفيروس ولاسيما عند متعاطي المخدرات الوريدية، كما ينتقل في الولادة من الأم إلى جنينها.

#### السير والتصنيف:

يسير الإيدز على شكل سلسلة تترقى من الخمج الأولى إلى الموت، تتتالى فيها الأخماج والتنشؤات. يمر خمج الـHIV بدور حضانة (يمتد ٣-٣ أسابيع وقد تزيد على ذلك)، ويعدها يمّر بمرحلة أولية قصيرة حادة (تمتد ١-٢ أسبوع) تعرف بمتلازمة القيروس الخلفي الحادة تطفى فيها الأعراض الخمجية العامة (تشبه أعراض الأنفلونزا) وقد لا تُعار الأهتمام الكافي، يعقب ذلك مرحلة كمون latency (تمتد شهوراً وسنوات) لا عرضية سوى اعتلال العقد اللمفية وأعراض محدودة مع إمكانية العدوى وانتقال الشيروس الإصابة أشخاص آخرين. بعد ذلك تأتى مرحلة الأعراض الباكرة وتشاهد فيها أخماج مزمنة معاودة أو معندة على العلاج تليها مرحلة الأعراض المتأخرة تشتد فيها الأعراض العامة والأخماج الانتهازية والتنشؤات الورمية، وتسوء الحالة العامة لتدخل مرحلة أخيرة حرجة وخطرة، وتشكل المراحل الأخيرة متلازمة عوز الناعة المكتسب (الإيدز). وقد قدمت منظمة الصحة العالية معايير جديدة من أجل التصنيف السريري للمرض عند الأطفال والمراهقين والبالغين المثبت إصابتهم بالمرض، يعتمد على مقدار خلايا CD4 كما هو مبين في الجدول رقم ٢.

تعرف متلازمة نقص المناعة المكتسب حالياً بوجود

تمداد CD4	الفترة الزمنية	مرحلة المرض والأعراض السريرية
\ + + + - Q + +	۱–۲ اسبوع	متلازمة القيروس الخلفي (القهقري) - مرحلة البدء الحادة -
¥0+-0++	آکثر من ۱۰سنوات	لا أعراض (فقط ضخامة عقد لفية) - مرحلة الكمون -
0 + b = 1 + s	۹ - ۵ سنوات	أعراض باكرة (لا أخماج مهددة للحياة، داء متقطع أو مزمن)
¥**-0*	۲-۱ سنوات	اعراض متأخرة (متلازمة نقص المناعة المكتسب، زيادة شدة الأعراض، أخماج مهددة للحياة، سرطانات)
<b>2</b> + − 1	أشهراً إلى سنتين	أعراض متقدمة (زيادة خطر الموت، أخماج التهازية)
		الجنول (٢)

مؤشرات سربرية ومخبرية محددة، منها:

• إصابة المريء والرغامى والقصبات والرئتين بالمبيضات المبيض (وليست مقتصرة على البلعوم الضموي وحده)، الإصابة بداء المستخفيات cryptococcosis (خارج رئوي) مع انتشار دموي للجلد، خمج بفيروس الحلا البسيط بسبب فرحة مخاطبة جلدية تستمر فترة تزيد على شهر.

غرن کابوزی عند مریض بعمر أقل من ۲۰ سنة.

أما عند المرضى الذين لديهم إيجابية مصلية للشيروس فإن الموجودات التالية محددة للإيدر:

الفطار الكرواني coccidiomycosis أو داء النوسجات histoplasmosis المنتشر عن طريق الدم إلى الجلد، سرطان علق الرحم الغازي، غرن كابوزي في أي عمر.

#### التشخيص المخبري للخمج بالإيدزء

 اختبارات الاستقصاءات المناعية الإنزيمية (طريقة المقايسة المناعية الخمائرية إليزا ELISA: تستعمل غالباً في المسح screening، وهي حساسة ونوعية وبها يمكن الكشف عن الأضداد IgM والـ IgG، وتظهر إيجابيتها بعد ٣-٣ أسابيع.

٧- حصر المستضد P24 (بروتين شيروسي): تظهر إيجابيته
 بعد ٣-٣ أسابيع ويستخدم في الاستقصاء أيضاً.

٣- اختبار (Western blot): يظهر بعد ٣ اسابيع، وهو الاختبار التأكيدي المرجعي بمعنى أن كل المصول الإيجابية في حالات المسح بوساطة الإليزا يجب تأكيد التشخيص فيها بوساطة "الوسترن بلوت".

١- الومضان المناعي (أضداد 1gG): يظهر بعد ٣ أسابيع
 وهو اختبار مؤكد.

ه~ اختبار الحمض النووي لكشف الربّا RNA أو الدنا DNA الفيروسي لفيروس (HIV) حسب ثقنية (PCR تفاعل

سلسلة البوليميراز)؛ يظهر بعد أسبوعين وهو اختيار مؤكث.

أرَّج الفيروس من وحيدات نوى الدم المحيطي وليس
 من المصل وهو اختبار مؤكَّد يستخدم في الأبحاث فقط.

# الخمج الأولي بقيروس عوز الناعة الإنسانية أو (متلازمة القيروس الخلفي الحادة):

تراوح فترة الحضائة منذ التعرض المفترض للفيروس إلى تطور المرض الفيروسي الحاد مدة ٣-٦ أسابيع، ويتعلق ذلك بطريقة دخول العامل المرض وبكمية الفيروسات الداخلة للمريض. ومن التظاهرات السريرية التي تسجل على نحو شائع: الحمي بنسبة ٨-٩٠٠ والتعب العام ٧٠-٩٠، والطفح الحصبوي والحطاطي الوسفي والحويصلي على أعلى الجذع والراحتين والأخمصين ١٠٥٠، والألم العضلي والمصلي ما ١٠٥٠، والتعرق الليلي ١٥٠،

ومن التظاهرات الأقل شيوعاً: انخفاض عدد الكريات البيض والصفيحات لدى 20-20 من المرضى، وانخفاض الوزن 70%، والقهام 71%، والقهام 71%، واضطراب وظائف الكبد 70%، والتقرحات التناسليه 0-40%. تتضمن الأدوية المضادة لشيروس (HIV)، والعلاجات الفعالة المضادة للإيدز ثلاث مجموعات أساسية هي:

ا- منبطات إنزيم الانتساخ العكسي المضاهي (المشابه).

nucleoside analogue reverse transcriptase للتيوكليوزيد
inhibitors.

non-بعثبطات إنزيم الانتساخ العكسي غير النيوكليوزيدي-nonnucleoside reverse transcriptase inhibitors.

متبطات البروتياز (PIS) protease inhibitors.
 هذه الادوية تنقص أو ثمتع تشكيل (الطبعات - النسخات

- copies ) واستنساخ الرنا RNA إلى الدنا DNA في الخلايا المخموجة.

ومن هذه الأدوية زيدوفيودين zidovudine، ديدانوزين didanosine، زاتسيتابين zalcitabine، ستاهودين lamivudine لاميفودين lamivudine، أياكافير abacavir.

هنالك موجودات جلدية مخاطية تعد استطباباً من أجل التحري المصلي عن أضداد الالكا، إضافة إلى وجود عوامل الخطر للخمج وهي: متلازمة طفح الطور الحاد للخمج الشيروسي (متلازمة طفح الخمج الحاد لد HIV)، acute التعروسي (متلازمة طفح الخمج الحاد لد HIV)، retroviral syndrome التقرحات الطفر الداني، المتعربة المطلاوة البيضاء الشعرية النموية، غرن كابوزي، التهاب الأجرية بالحمضات، المليساء السارية وخاصة المتعددة على الوجه عند البالغين.

وهنالك حالات مرتبطة بخطورة عالية للخمج بالـHIV، أي من الأخماج المنتشر أو أي من الأخماج المنتقلة بالجنس: الحلا النطاقي المنتشر أو النخري، علامات تعاطي المخدرات بالحقن الوريدية، الإصابة المفموية البلعومية أو الفرجية المهيلية المتكررة بالمبيضات البيض.

وهناك حالات قد تترافق والخمج بالـ HIV: كاعتلال العقد اللمفية المعمم، والتهاب الجلد المتي المنتشر والمعند على العلاج، والقرحات القلاعية الناكسة والمعندة على العلاج.

أولاً- التظاهرات الجلدية الشاهدة في متالازمة نقص الناعة الكتسب:

١- الحكة والاندفاعات الحاكة في متلازمة (الإيدز): تعد الحكة عرضاً شائعاً لدى المرضى في المراحل المتقدمة، وهي تشير إلى ترقي المرض، وفي معظم الحالات تنجم الحكة عن جلادات أولية أو ثانوية أكثر مما تنجم عن اضطراب الاستقلاب المرافق للمرض، ويتضمن التشخيص التفريقي: التهاب الأجرية بالحمضات والاندفاع الحطاطي الحاك التأتبي للإيدز والاندفاعات الجلدية الدوائية والتهاب الجلد التأتبي وجفاف الجلد والكتوبية الجلدية والتهاب الجلد التأتبي والحكاك العقيدي، وأقل من هذا شيوعاً اللمفومات والقصور الكبد الانسدادية. كما أن مثبطات البروتياز ولاسيما الإيندينافير قد يسبب جفاف جلد مع حكة.

۲- التهاب الجريبات بالحمضات والطفح الحطاطي الحطاطي الحالك (في الإيدن): التهاب الجريبات بالحمضات eosinophilic folliculitis هو جلاد حاك مزمن، يحدث عند المرضى في المراحل المتقدمة من الإيدز. يتظاهر بحطاطات

جريبية صغيرة متوذمة بلون أحمر إلى وردي ويتظاهر على نحو أقل ببئرات. تظهر متناظرة على الصدر والأجزاء الدانية من الأطراف والرأس والرقبة، وهناك الاندفاع الحطاطي الحاك في الإيدز ويقدر شيوعه بنسبة ١٧-٤٪ من المرضى الأفارقة والهايتيين، لكن انتشاره قليل في أوريا وأمريكا الشمالية، وله قيمة توقعية إيجابية للخمج بالإيدز تقدر بنسبة ٨٠٪ ما يجعله مشخصاً للإيدز ولاسيما في البلدان التي تكون فيها القدرة على تشخيص الإيدز مصلياً محدودة. يتظاهر على شكل حطاطات شروية صلبة أو بعض البئرات المقيمة، كما قد تشاهد حمامي متناظرة على الجذع والأطراف وبشكل أقل شيوعاً على الوجه.

7- التهاب الجلد المثير هو الاضطراب الجلدي الأكثر شيوعاً لدى الأشخاص الخموجين بالالالا بنسبة تصل حتى هيرى في كل مراحل الإيدز، يشبه بتظاهراته الشكل الشائع لالتهاب الجلد المثي. تتوضع الإصابة على الوجه خاصة، ومنتصف الصدر، والثنيات المغبئية، ويُعدا الشكل الشهيد من الإصابة أو الشكل الذي يحدث على نحو مفاجئ أو حاد سبباً مهماً لإجراء المفحوص المصلية للـHIV وهو صعب الاستجابة على العالجات المعتادة وناكس دوماً.

3- الصداف الشائع: يزداد شيوع الصداف والتهاب المفاصل الصدافي عند مرضى الإيدر، وقد تبدأ الأفات الصدافية بالظهور قبل الخمج بالإيدر أو بعده، كما أن ظهور الأفات الصدافية عند مريض ثديه خطر الإصابة بالإيدر يُعدَ مؤشراً مهماً لضرورة التحري المصلي عن الإيدر ثدى هذا المريض، وثوحظ أن الصداف التالي بعد الإصابة بخمج الدHIV.

٥- الأحمرية الجلدية: قد تحدث الأحمرية في سياق الإيدز وقد تكون بسبب فرط الحساسية الدوائية أو التهاب الجلد التأتبي أو الصداف الشائع أو التهاب الجلد الضيائي أو متلازمة فرط الحمضات أو اللمفومات الجلدية التأثية. أو داء النوسجات.

٩- اضطرابات التصيغ، يعد فرط التصبغ أو نقصه التالي للخمج الاضطراب الأكثر شيوعاً للمصابين بالإيدز، كما قد تحدث ندبات ضخامية أو ضمورية تالية للخمج بالحالاً النطاقي.

 ٧- الحساسية الضيائية؛ قد تكون الشكوى الأساسية في المرض المتقدم، وقد تحدث بسبب المعالجة الدوائية، وإن استعمال الـ HAART يزيد من احتمال تطوير الحساسية الضيائية.

# كانياً- التظاهرات الجلدية للاضطرابات الجموعية بسبب الإصابة بالإيدز:

البورفيريا والبورفيريا الكاذبة، ترتبط البورفيريا
 الجلدية المتأخرة في مرضى الإبدز عادة بمشكلة كبدية
 كالتهاب كبد C أو B أو الكحولية، أما البورفيريا الكاذبة فغالباً
 ما تحدث بسبب تحريض دوائى.

٧- التهاب الأوعية الجلدي والمجموعي: قد يحدث هذا
 الالتهاب بسبب فرط حساسية دوائية أو الخمج بالشيروس
 المضخم للخلايا، كالتهاب ما حول الشريان المقد ومتلازمة
 كاوازاكي.

"- اضطرابات البلعوم الشموي: يعاني معظم مرضى الإيدز غير المائجين اضطرابات في البلعوم الضموي خلال سير المرض، وقد تكون هذه الاضطرابات التظاهرة الأولى للإيدز في ١٠٪ من المرضى، ويجب حين وجودها تحري الإيدز مصلماً.

والتظاهرة الأكثر شيوعاً هي الإصابة بالمبيضات البيض بنسبة ٩٠٪ من المرضى. أما الاضطرابات الأخرى التي تصيب الفم والبلعوم فهي القرحات الحلئية وجفاف الفم والتهاب الشفة التقشري والقرحات القلاعية وغرن كابوزي. والطلاوة البيضاء الفموية المشعرة أفة نوعية للإيدز سببها حمة إبشيتاين بار، وهي علامة على ترقي المرض (الشكل ٢٠).

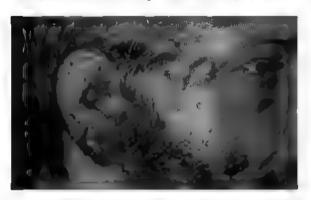
3- الأورام الانتهازية: يزداد شيوع الأورام الانتهازية في مرضى الإيدز وهي تتضمن: غرن كابوزي (الشكلان ٢١ و٢٣) والأورام المحرضة باله HIV ولمقوما لاهود حكن ولمفوما الجهاز العصبي المركزي - كما يزداد حدوث الأورام التالية: سرطان الجلد اللاميلانيني ولمفوما هود حكن ولمفوما الخلايا التائية وسرطان الرئة والغرن العضلي الأملس الطفحي والسرطانة الشائكة الخلايا الغازية والموضعة في المنطقة العجانية.

# ثالثاً- التظاهرات الجلدية للأعراض الجانبية للأدوية المستخدمة في علاج الإيدن

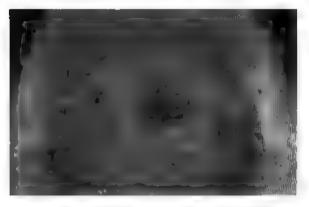
يرتفع حدوث الاندفاعات الدوائية الجلدية الناجمة عن الأدوية المختلفة عند مرضى الإيدز غير المعالجين ١٠ مرات عن الأشخاص الأصحاء، ولاسيما تجاه مركبات السلفا والبنسلينات: إذ ترى بنسبة ٧٥٪ من الحالات، والاندفاعات الحصبوية هي الشكل الأكثر شيوعاً للطفوح الدوائية الناجمة عن السلفا والبنسلينات، كما قد تنظاهر على شكل اندفاعات شروية أو على شكل حمامي عديدة الأشكال أو اندفاع دوائي ثابث، وقد ترى تفاعلات فرط الحساسية تجاه الأدوية المضادة لـ HIV.



الشكل (٢٠) طلوان مشعر فموي لدى مريض مصاب بالإيدز



الشكل (٣١) غزن كابوزي لدي مريض مصاب بالإبدز



الشكل (٢٢) غرن كابوزي في الغشاء المخاطي الفموي

ترتبط متلازمة الحثل الشحمي syndrome والمتلازمة الاستقلابية مع العلاج بمثبطات البروتياز على الأغلب، وتتميز متلازمة الحثل الشحمي بتوزع الدهن توزعاً شاذاً؛ وسمئة مركزية؛ مع تطور حدبة الثور على الظهر وزيادة محيط الرقبة والبطن وضخامة الأثداء (الشكل ٢٣). أما الاضطرابات الاستقلابية فتتضمن المقاومة للإنسولين وارتضاع سكر الدم والشحوم والكولستيرول. ويتظاهر الضمور الشحمي بما يسمى مظهر الرياضي الكاذب على الوجه والأطراف؛ إذ تبرز الأوردة والعضلات على نحو واضح.



الشكل ( ٢٣) متلازمة الحثل الشحمي لدى مريض مصاب بالإيدز ويعالج بالـ HAART

# رابعاً- الأخماج الرافقة للإصابة بالإيدز: ١- الأخماج الانتهازية:

يمكن القول: إن معظم أخماج الجلد والأغشية المخاطبة التي تحدث في سياق الإيدزهي فرط نمو النبيت المستوطن أصلاً في الجلد مثل البيضات البيض، أو امتداد نمو بعض العضيات إلى غير أماكن وجودها كالفطارات الجلدية، أو عودة تنشيط أخماج كامنة كفيروسات الحلأ والمليساء السارية والقيروسات الحليمومية والأخماج الجرثومية. وتعد العنقوديات المذهبة السبب الأكثر شيوعا لحدوث الأخماج الجهازية والجلدية عند مرضى الإيدر. وقد لوحظ شيوع حمل العنقوديات المذهبة في الأنف ومنطقة العجان بنسبة تنقيارب ٥٠٪ منع زيبادة تستجيبل حيالات من المقياومية للميتيسيللين عند مرضى الإيدز. ويمكن مشاهدة طيف واسع من التقيحات الجلدية وأخماج النسج الرخوة، وتزداد نسبة حدوث هذه الأخماج مع درجة العوز المناعى، أما الزائفة الزنجارية Pseudomonas aeruginosa فتسبب أخماجا أولية كالتهاب النسيج الخلوي والإكثيمة المواتية، وأخماج في أماكن وضع القشاطر الوريدية. كما تسبب أخماجاً ثانوية لاضطرابات موجودة مسبقاً كفرن كابوزي، وقد يحدث تجرثم دم كاختلاط لخمج الجلد بالزوائف.

والسل أكثر الأخماج الانتهازية شيوعاً عند مرضى الإيدز في البلدان النامية، ولكن حدوث السل الجلدي على نحو عام غير شائع.

والورام العصوب bacıllary angiomatosis والرام العصوب bacıllary angiomatosis والرام العصوب peliosis المسببة بالبارتونيلا هانسيلا والبارتونيلا كونيتانا أكثر شيوعاً في الحالات المتقدمة من نقص المناعة المحدث بالإيدر. وتتميز هذه الحالات بوجود أهات تكاثرية وعائية تشبه الوعاؤومات المكرزية أو الحبيبومات المقيحة وغرن كابوزي.

## ٧- الأحماج الفطرية:

تحدث بكثرة في المصابين بالإيدز وتكون بشكل أخماج سطحية، أو أخماج جلدية غازية، أو أخماج جهازية مع انتشار وتعمم دموي جلدي. وقد تقلد الإصابة بالفطور الشعروبية الحمراء غرن كابوزي، كما أنها تسبب خمجاً فطرياً للجزء الداني من الصفيحة الظفرية، ويعد تشخيص هذه الحالة استطباباً لتحرى الإيدز مصلياً، ويُعد داء البيضات الجلدي المخاطئ الذي يصبيب المناطق الرطبة، كالمنطقة الشرجية التناسلية وصوار الضماأو استعمار البلعوم الضموي بالبيضات البيض عند الأشخاص المصابين بالإيدز أمرأ شائعاً وذلك مع غياب أي تظاهرات سريرية أخرى. ويمكن أن يكون هذا الاستعمار استطباباً لتحري الإيدز، وتعد إسابة البلعوم الفموي أحياناً مؤشراً على ترقى المرض وتقدمه، ويتظاهر إما على شكل سلاق: وإما على شكل حمامي: وإما على شكل مفرط التصنع، وإما على شكل التهاب الصوار أو الشفة الزاوي، تصاب النساء المصابات بالإيدز بالبيضات المهبلية بنسبة ٣٣٪ مع ميل الإصابة إلى النكس، أما الأخماج الفطرية الغازية فتحدث بسبب انتشار الأخماج الفطرية الجلدية أو المخاطية انتشاراً دموياً أو لمفياً، وتصيب هذه الفطور الأحشاء ولاسيما الرثة كما تفعل الأخماج الرثوية الكامنة كداء النوسجات والفطور الكروانية وداء الشعريات المبوغة وداء الستخفيات؛ إذ يعاد تنشيطها وتتعمم إلى أعضاء مختلفة بما فيها السحايا في الحالات المتقدمة من الإصابة بالإيدز.

## ٣- الأحماج القيروسية:

تشاهد الإصابة بأخماج فيروس الحلا البسيط نمط ا ولا عند مضعفي المناعة في الحالات المتقدمة. تميل الأفات إلى الإزمان وتكون لا نموذجية. وكل إصابة تقرحية حلشية تدوم أكثر من شهر تدعو إلى التفكير بالإصابة بالإيدز، سواء كانت الإصابة فموية أم تناسلية.

أما الحلا النطاقي (داء المنطقة) فتكثر مشاهدته لدى الحملة الإيجابين لللاالاء وقد يظهر في أي مرحلة من المراحل بيد أنه يغلب أن يرافق قصوراً مناعياً حاداً، ويظهر لدى 63٪ من المصابين بالإيدز، وقد تكون الإصابة نخرية ومنتشرة خارج حدود الانتشار المصبي المعتاد، كذلك لوحظت حالات حماق خطرة لدى المصابين بالإيدز والذين لم تسبق إصابتهم بفيروس الحماق - النطاقي، وقد تؤدي إلى ذات رئة فيروسية قاتلة،

المليساء السارية، تكون في المصابين بالإيدز كبيرة الحجم (اكبر من اسم) وقد تكون الأفات مثلاصقة بعضها ببعض أو

مبعثرة وغالباً معندة على المعالجات، والوجه هو المكان المفضل اللاصابة ثم الرقبة والمناطق المدحية.

الأخماج الحليمومية الإنسانية HPV: يشيع حدوثها في الإصابة بالإيدز كالثآليل الشائعة الكبيرة الحجم والمتداخلة بعضها ببعض ولا تستجيب للمعالجة. والثآليل المسطحة المتشرة التي تشبه عسر تصور البشرة الثؤلولي.

والثأليل التناسلية، قد تكون سابقة لسرطان شائك الخلايا وتتوضع حول الشرج وأحياناً على البلعوم الفموي وهي تشبه الثأليل المتوضعة على الناحية العجانية (اللقمومات المؤنفة). تتظاهر على شكل لويحات كبيرة

متعددة وقد تتحول إلى سرطانة ثؤلولية الشكل وهي ناكسة غالباً وصعبة الاستجابة للمعالجة.

## ٤- الأخماج المنتقلة بالجنس:

قد تكون سبباً مهماً جداً للإصابة بالإيدز، إذ ينتقل فيروس الـ HIV بالجماع إلى المصابين بأحد الأخماج المنتقلة بالجنس كالإفرنجي، والسيلان والقريح، والمتدشرات، والمشعرات، وقد تكون التقرحات التناسلية أحد عوامل الخطورة المالية للإصابة بالإيدز.

فهنالك إذاً علاقة متداخلة ووطيدة بين تلك الأخماج والـ HIV.

# الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل: آلية أو فيزيائية أو كيميائية أو مفتعلة

تبيل تذير الوتار

يؤدي تعرض الجلد للأذيات الآلية إلى حدوث آفات جلدية متنوعة: فالضغط المتكرر على نقاط محددة من القدم مثلاً يؤدي إلى حدوث الثفن، والتعرض الزائد للبرد يؤدي إلى الحروق، الشرث، والتعرض الزائد للحرارة العالية يؤدي إلى الحروق، والتعرض المديد للإشعاعات الضيائية بأنواعها تنجم عنه أذيات مختلفة منها الحروق الشمسية ومنها الأورام الخبيثة، كما أن للمواد الكيميائية تأثيرات كبيرة في الجلد تشمل أمراض التحسس والحروق والندبات المشوهة والأورام الخبيثة. وأخيراً فإن الإصابات الجلدية المفتعلة التي يحدثها الإنسان بإيذاء نفسه نتيجة لموامل نفسية خاصة أو للحصول على مكاسب مادية تؤدى إلى اذيات جسمية.

## أولاً- الأذيات الألية:

تُحدث الأذيات الآلية تغيرات جلدية مميزة يُذكر منها؛

### ۱- فرط الثقرن hyperkeratosis:

يؤدي الاحتكاك المستمر مع ضغط معتدل على الجلد إلى حدوث فرط تقرن يساعد على حماية الجلد؛ نتيجة تسمك الطبقة القرنية، ولفرط التقرن أنماط مختلفة بحسب توضعه أو تطوره.

#### ٣- الأثفان (corns (clavus) أو (المسامير اللحمية):

هي كتل مفرطة التقرن، دائرية صفر، واضحة الحدود تتجه قاعدتها نحو السطح وذروتها نحو الداخل. تضغط الأثفان البنى التي تحتها محدثة آلاماً قد تكون شديدة. وللأثفان نوعان: الثفن القاسي ويحدث على ظهر الأباخس وخاصة على الجانب الوحشي للأبخس الخامس، والثفن الطرى يحدث ما بين الأباخس وخاصة بين الفوت الثالث

والرابع وتنجم طراوته عن الرطوبة والتعطن المحدثين بالتعرق (الشكل ١).

يكون سطح الثفن القاسي لامعاً ومصفولاً وتبرز حين حف الطبقات العليا منه نواة متقرنة متوضعة في الجزء السفلي للثفن يعزى إليها الألم الممض الواخز من جراء ضغطها الأعصاب الحسية المتوضعة تحتها. تظهر الأثفان في أماكن الاحتكاك أو الضغط ويحدث غالباً بسبب الحذاء الضيق، وقد يكون سبب الثفن وجود مهماز أو عرن عظمي تحته، لايشفى الثفن إلا بإزالة هذا العرن. أما الثفن الطري فيحدث بين الأباخس التي تكون رطبة متعطنة بيضاء اللون. يعالج الثفن القاسي بإزالة الضغط أو الاحتكاك بانتمال أحذية مريحة غير ضيقة واستخدام وسادات حلقية الشكل، أصافة إلى حف الأفة جيداً ثم تطبيق حمض الصفصاف مع الكوثوديون بنسبة ٣٠٪ أو ثاني كلور حمض الحل بنسبة مع الكوثوديون بنسبة ٣٠٪ أو ثاني كلور حمض الحل بنسبة مع الكوثوديون الصفية أو الاحتكاف التقرن الخفيفة.

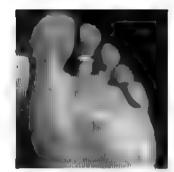
#### الأشفان callus:

الشتن هو فرط تقرن دائري غير نافذ مصفر اللون واضع الحدود وغير مؤلم عادة، يحدث نتيجة التعرض لضغط معتدل متقطع على الراحتين والأخمصين أو على النتوءات العظمية (الشكل ٢)، وكثيراً ما تحدث - في الذين يمارسون مهنأ معينة أو يستخدمون احذية ضيقة - أشثان مميزة في حجمها وموقعها : مثل عقيدات راكبي الأمواج ووسادات براجم حجمها الملاكمين وأباخس المهرولين وأصابع لاعبي التنس وشئان العنق عند





الشكل (١) ثفن طري بين فوتين لأصابع القدم



الشكل (٢) شثن في أخمص القدم

عازفي الكمان، والركبة المتسخة في الخادمات، وأشثان مص الأصابع، ويختلف الشثن عن الثفن بعدم وجود نواة مركزية نافذة ويعدم إيلامه، إضافة إلى فرط ثخانته واتساع سطحه، وميله إلى الشفاء العفوى حين زوال الضفط.

# 4- قرصة الاستلقاء (decubitus) (الثاقبة) أو قرصة الضغط pressure ulcer:

هي قرحة تظهر في أي مكان من الجسم بسبب إقفار في النسج نتيجة الضغط الشابت والمستمر في الأشخاص طريحي المفراش، وأكثر المواقع حدوثاً فيها هي أماكن النتوءات العظمية؛ إذ إن نسبة ٩٥٪ من القرحات تحدث في النصف السفلي للجدع وخاصة في المنطقة الحوضية (الألية والورك والمنطقة العجزية) (الشكل ٣) و٣٠٪ على الساقين.

تبدأ هذه القرحة بحمامي مزرقة مع وذمة في منطقة الضغط وبعد فترة قصيرة تتطور إلى قرحة مخرومة، يشاهد في قعرها تنخر مع غشاء كاذب ولاسيما في القرحات غير المالجة، يتلو ذلك الخمج الموضعي الثانوي. وقد تختلط بالألم الشديد كما قد تتطور إلى ذات عظم ونقي وتواسير نتيجة لترافق القرحة وعوامل خطورة أهمها الداء السكري وافات الأوعية المحيطية وأمراض وعائية دماغية.

تكون الوقاية بإراحة الأماكن المسابة بتبديل وضع المريض



الشكل (٣) قرحة الاستلقاء في الناحية الإليوية

باستمرار؛ مع العناية التمريضية الكاملة واستعمال الفُرش الهوائية أو المائية. وتجب العناية بالقرحة بتدبير الخمج أو الوقاية منه والإصلاح الجراحي إذا اقتضى الأمر ذلك، ومن الأمور الوقائية التثقيف الصحي والتأكيد على التغذية المناسبة وتدبير الألم وتوفير الدعم النفسي.

## ه- اعتلال الجلد بالخدرات narcotic dermopathy:

ينجم عن استعمال المواد المخدرة بطريق الحقن كالهيروين والكوكائين والأمفيتامينات ومخدرات اخرى، فحقن الهيروين وريدياً يؤدي إلى حدوث أوردة متسمكة حبلية متخثرة موضع الحقن. أما حقنه تحت الجلد فيؤدي إلى تشققات جلدية مع احتمال حدوث تقرحات متعددة مبعثرة، تخلف ندبات ضمورية منفصلة عقب شفائها، وقد يؤدي حقنها تحت الجلد إلى أخماج وخراجات جرثومية أو الثهاب النسيج الخلوي تحت الجلد، أو حدوث عقيدات عقيمة، وقد يبدي بعض الأشخاص تفاعلاً ضد جسم أجنبي تجاه المقار بعض الأشخاص تفاعلاً ضد جسم أجنبي تجاه المقار بشكل مزمن، كما أنها قد تنتج عقيدات طرية هي مزيج من الكوكائين أيضاً قرحات بسبب فعله المباشر المقبض الأوعية، ويتابع المدمنون عادة حقن الهيروين والكوكائين في سرير ويتابع المدمنون عادة حقن الهيروين والكوكائين في سرير

تشمل التظاهرات الجلدية لحقن الهيروين وغيره من الأدوية انتناءات الأصابع ووذمة الأجفان ووذمة مستمرة في اليدين وشرى وخراجات وندبات ضمورية وفرط تصبغ.

## ٦- فرط التصبغ hyperpigmentation:

يحدث نتيجة الفرك أو الضغط مدة طويلة ومتكررة بالثياب أو الأربطة الضاغطة والأحزمة، وهناك ميل إلى فرط التصبغ في البدينين في مناطق الاحتكاك بسبب تحريض الخلايا اليلانية.

الثمالجة، يجب الامتناع عن الفرك والامتناع عن التمنطق بالأحزمة والألبسة الضاغطة مما يؤدي إلى زوال التصبخ تدريجياً.

## ٧- المقب الأسود black heel:

هو تصبغ نقطي أو خطي أسود مزرق يصيب الجزء المتقرن من العقب يظهر في الرياضيين وينجم عن نزوح الدم خارج الأوعية نتيجة تأذي الشعيرات الدموية السطحية بقوة الرضح، والعقب الأسود تظاهرة تنجم عن ترسبات دموية منقطة أو خيطية تتوضع ضمن الطبقة القرنية تنجم عن ضغط آلي شديد عابر يؤدي إلى تمزق الشعيريات (الشكل ٤). وهي



الشكل (1) العقب الأسود (يبدي حضًّ الطبقة القرنية السطحية النقط. السود الناجمة عن نزوح الدم وترسبه في طبقات البشرة بسبب الرضح)

تتراجع تدريجياً بعد تخفيف الرياضة المؤدية إلى الرضوح، ويجب تفريقه عن الوشم أو عن الورم الملاني الخبيث.

## ه− الورم الحبيبي (الحبيبوم) التشققي granuloma fissuratum:

ويدعى أيضاً الشوكوم التشققي، يظهر هذا الورم على القسم الخلفي من الأذن الخارجية، ويتميز بظهور عقيدة بارزة مؤلة بحجم حبة البن؛ وحيدة الجانب؛ بلون الجلد أو بلون أحمر خفيف؛ ذات شق مركزي ونادراً ما ينزح منها سائل مصلي. يشعر المريض بالألم حين وضع النظارات ويؤدي جسر الحبيبوم إلى مضض خفيف. وقد يحدث على جانبي جسر الأنف نتيجة لضغط النظارات، وقد يتضاعف هذا بحمج ثانوي. ويتميز سريرياً بظهوره مكان الضغط الراض الناجم عن وضع النظارات غير المربح ويجب تفريقه عن سرطانة عن وضع النظارات غير المربح ويجب تفريقه عن سرطانة

المالجة: إزالة الضغط بتصحيح وضع النظارات، ويعطى موضعياً رهيم يحوي صاداً وستيروئيداً مناسبين، ويمكن استنصال الأفة بشكل مناسب.

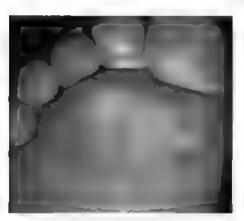
## ثانياً- الأنيات الفيزيائية:

## ۱– أذيات البري cold injuries:

يؤدي تعرض الجلد للبرد لأذيات وحدوث إصابات متنوعة نذكر منها:

1- الشرث perniosis) chilblains): هو رد فعل غير طبيعي للجلد تجاه البرد الشديد المديد يتظاهر بحمامى مزرقة وتورم موضعين، وقد تحدث نفاطات وفقاعات وتقرحات في المالات الشديدة (الشكل ٥)، والمسابون باضطراب الدوران المحيطي مؤهبون للإصابة بالشرث حتى لو تعرضوا لبرد معتدل، وقد تتواسط كل من الفلوبولينات القرية والماسات الباردة في هذا الجلاد، وقد تشاهد أفات شبيهة بالشرث في المصابين بالذاب الحمامي القريصي discoid تدعى "الذاب الشرثي". تصاب بالشرث

أصابع اليدين وأباخس القدمين والكعبين والركبة والأذنين والأنف ولاسيما في الأطفال، وتعزز الرطوبة من إثارته. هناك شكل من الشرث يحدث على جانبي الفخذين الوحشيين في النساء اللواتي يمارسن الفروسية في الأيام الباردة (شرث الفروسية)، أما أعراض الشرث فتتجلى بحس الحرق والحكة والاحمرار. وتكون المناطق المصابة حمراء مزرقة يختفي لونها كلياً أو جزئياً حين الضغط، إضافة إلى حساسيتها باللمس. وتبدو الأطراف رطبة بسبب التعرق، وكلما استمر التعرض للبرد وللرطوبة استمر ظهور آفات جديدة. تشفى الأفات بيطه بالدفء، ويجب التحري عن سبب داخلي في حالات استمرار الشكوى في الفصول الدافئة أو الاستجابة الضعيفة المتاحرة المناطرابات الداخلية المرافقة.



الشكل (٥) الشرت في أصابع القدم وأخمصه

المعالجة: تجنب البرد والرطوية, وتدفئة القدمين بارتداء جوارب صوفية وارتداء الألبسة المناسبة واستعمال الأغطية الحرارية بحكمة وعدم التدخين. ينشط الدوران المحيطي باستعمال موسعات الأوعية مثل استعمال النيفيدبين.

قد يحدث هجوع عفوي من دون علاج خلال ١-٣ أسابيع، ويفيد إعطاء الستيروئيدات الجهازية في الذاب الشرثي، وتطبق بحدر المغاطس متغايرة الحرارة للتدريب الوعائي، ويوصى في الحالات الالتهابية الشديدة باستعمال المراهم الكورتيزونية موضعياً، أما في الحالات المتقرحة فيوصى باستعمال مرمم علاوة على المطهرات حين وجود خمج ثانوي، وتستعمل الأشعة فوق البنغسجية للوقاية.

ب- عضة الصقيع frost bite أو الانجماد congelation:
هي إصابة الأنسجة الرخوة من جراء التعرض للبرد الشديد
بالانجماد وانقطاع التروية عنها، وأكثر ما يصاب من الجسم
الأذنان والأنف وأصابع اليدين والقدمين وتصبح الأجزاء

المتجمدة شمعية وشاحبة من دون ألم، وقد يصاب كامل الجسم.

تصادف أيضاً درجات مختلفة الأذيات النسج بالبرد مشابهة للأذيات الحادثة في الحروق كالحمامى والوذمة والحويصلات والفقاعات والموات السطحي والعميق وأذية العضلات والأوتار والسمحاق والأعصاب، وترتبط درجة الأذية بشدة البرودة ومدة التجمد، ويزداد خطر حدوثها في الشيوخ والدخنين والمصابين بقصور شرياني وفي الأفارقة (الشكل ٦).



الشكل (٦) عضة الصقيع (الانجماد) في أصابع اليد

المالجة: تعتمد المعالجة الباكرة لعضة الصقيع - وقبل حدوث التورم فيها - على تغطية الناحية المصابة بالثياب ويالأيدي الدافئة للمحافظة على درجة ولو قليلة من الدفء بغية استمرار دوران الدم على نحو كاف. والمعالجة المفضلة إعادة التدفئة السريعة بحمام مائي بدرجة ٢٧-٤٢ مئوية لكل أنواع عضات الصقيع. وتعطى المسكنات بسبب الألم المرافق، ومن الإجراءات الملحة والعاجلة الراحة في السرير والحمية عالية الحريرات الغنية بالبروتينات والعناية بالسطح المؤوف وتجنب الرض، وينصبح بإعطاء مضادات التختر لمنع حدوث الختارات والموات ويفيد إعطاء الأدوية المساعدة مثل بنتوكسي الختارات والمارين.

ويجب إعطاء الصادات لاتقاء الأخماج وتجديد التمنيع ضد الكزاز ويعطى البابافيرين والحمض النيكوتيني للإقلال من تشنج الأوعية. وقد يستفرق الشفاء بضعة أشهر،

ج- القدم الفاطعية immersion foot أو قدم الخيادق trench foot: تحدث الإصابة بسبب التعرض المديد لبرودة

معتدلة في ظروف رطبة ومن دون الوصول إلى حد الانجماد، وقد اشتقت التسمية من وقوف الجنود في الخنادق الباردة التي تحتوي على ماء يبلغ ارتفاعه بضع بوصات مما يؤدي إلى نقص جريان دم القدمين وحدوث الوذمة وعدم التعرق والخدر وأذية الأوعية الدموية، ويحدث الموات في الحالات الشديدة. تعتمد المعالجة على إبعاد المصاب عن الوسط السبب وإراحة المريض في السرير وإصلاح الدورة الدموية إضافة إلى القيام بإجراءات وتدابير أخرى مناسبة كتلك المتبعة في معالجة عضة الصقيع.

ه- الغلوبليتمية القرية cryoglobulinemia: هي حالة مرضية تنجم عن زيادة الغلوبينات القرية في الدم زيادة كبيرة: إذ تترسب هذه الغلوبينات في الدم المحيطي حين تعرضها للبرد: وهي مركبة من الغلوبينات المناعية -IgA-IgO تعرضها للبرد: وهي مركبة من الغلوبينات المناعية -IgA-IgO وحيدة النسيلة أو عديدتها، ويصنفها برويت Brouet في في ثلاث هنات: الفئة الأولى هي الأكثر شيوعاً وتصادف في المرضى الذين يعانون اعتلالاً في الخلايا البلازمية المصورية مثل ورم النقي المتعدد أو مرض الغلوبلين الكبري بالدم لفائدنستروم macroglobulinemia Waldenstr?m. وترتبط الفئتان الثانية والثالثة ارتباطاً وثيقاً عن طريق العدوى المغيروس التهاب الكبد الوبائي ج hepatitis C virus.

تتظاهر هذه الحالة التي يثيرها البرد سريرياً بالفرفرية وشرى البرد وظاهرة رينو والتزرق الشبكي وتقرحات السافين، وقد ترافق أمراض النسيج الضام كالتهاب المفاصل الرثياني، تقوم المعالجة على تجنب التعرض للبرد ومعالجة السبب وتعطى مضادات التخثر و الستيروئيدات.

ه- زراق التهايات acrocyanosis؛ هو تلون كامل جلد البدين أو القدمين باللون الأزرق البنفسجي أو المبرقش تلوناً مستديماً يزداد حين التعرض للبرد (الشكل ٧)، يرافقه



الشكل (٧) زراق النهايات، تلون جلد القدمين بالزرقة وتزداد حين التعرض للبرد

الإحساس بالبرودة وقرط التعرق، يحدث بصفة رئيسة في الشابات ولا يستثني الشباب، ويتغير اللون المزرق ليصبح حمامياً حين رفع الطرف المصاب. السبب غير معروف تبدأ الإصابة حين البلوغ، أما إذا حدثت متأخرة فيجب نفي وجود اضطراب تكاثر تقوي. ويتكرر زراق الأطراف في المرضى المصابين بالقهم العصبي ويتحسن مع زيادة وزن المريض ويعالج معالجة الشرث. ويوصى بالامتناع عن التدخين وتجنب القهوة والشاي.

و- الزراق الأحمراري erythrocyanosis: هو زراق نهايات معمم مع شرث جريبي إضافة إلى بقع حمر متفرقة. ينجم عن الأذيات الوعائية الجلدية نتيجة التعرض للبرد وغالباً ما يشاهد في الشابات. ويعد ارتداء الملابس القصيرة والبدائة من العوامل المساعدة على حدوثه.

يعالج بتدفئة الأطراف وبلبس الثياب الصوفية الواقية من البرد مع إجراء الحمامات المتناوية؛ أي المتفايرة الحرارة، وتفيد العالجة الفيزيائية في تنشيط الدوران الدموي.

ز-التهاب السبلة الشحمية القري cold panniculitis:

حالة نادرة تشاهد في النساء البدينات أو الفتيان خلال

يومين من التعرض للبرد: إذ تظهر عقيدات حمر التهابية
مؤلة شبيهة بالحمامي العقدة، تشمل الجلد وما تحته، وقد
تظهر بعد ركوب الخيل في طقس بارد رطب وعدم ارتداء
الملابس المناسبة، تتوضع عقيدات هذا المرض في الأليتين
والوركين والفخذين والقدمين والرقبة والذقن ويمكن
إحداث الأفة تجريبياً بوضع مكعب من الثلج على الفخذين
(الشكل ٨).

المالجة عرضية ويتجنب التعرض للبرد.

\*- أذيات الحرارة heat injuries

يؤدي تعرض الجلد لأذيات الحرارة إلى الإصابات التالية: أ- الدختيات miliaria: تنجم عن انسداد الغدد العرقية



الشكل (٨) التهاب سبلة شحمي قري بعد ركوب الخيل

الذي يحول دون الإفراز الطبيعي للعرق؛ إذ يؤدي احتباس العرق - التالي لانسداد قنواته المفرغة أو مسامه - إلى إحداث طفح خاص شائع ولا سيما في الأقاليم الحارة والرطبة أو في أشهر الصيف الحارة في المناطق المعتدلة. كما يُحدث تسرب العرق إلى النسج المجاورة تبدلات تشريحية تؤدي إلى تشكل الدخنية بسببها، وللدخنية أشكال سريرية متعددة بحسب مستوى إصابة الغدد العرقية أو قنواتها.

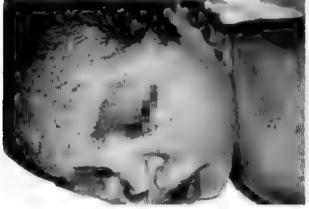
• الدخنية الحمراء miliaria rubra أو طفح الحر heat:

rash (وتسمى بالعامية الحرارة)، تبدو على شكل حطاطات حويصلية احمرارية حاكة مع حس لسح أو وخز، وأكثر الأماكن إصابة بها مناطق الاحتكاك حيث تشاهد في الثنيات المرفقية والمأبضية (الشكل ٩)، وفي الجذع - تحت الثديين وناحية البطن (منطقة الرنار) والنواحي الأربية ويغلب التعطن على هذه الأماكن بسبب رطوبتها التي يحال دون تبخرها، وتصاب الطبقات المتقرنة في البشرة التي يحال يتسرب إليها العرق محدثاً وذمة بشروية أو سفاح.



الشكل (٩) الدخنية الحمراء لدى طفل

 الدخنية العميقة miliaria profunda: تتميز بوجود حويصلات بلون الجلد تبدو كحطاطات غير حاكة وغير التهابية، تستمر ساعة واحدة بعد انتهاء التعرض للحرارة الزائدة. وتبدو الغدد العرقية في الجسم غير ناشطة باستثناء



الشكل (١٠) الدخنية العميقة

غدد الوجه والبدين والإبطين والبدين والقدمين. ويقع الانسداد هنا في مستوى الأدمة العليا، يصادف هذا الشكل في المناطق المدارية ويتلو الهجمات الشديدة للدخنية الحمراء (الشكل ١٠).

الدختية البثرية miliaria pustalosa: تتلو حدوث
 التهاب جلدي يؤدي إلى تخرب الغدد العرقية أو انسداد
 قنواتها، وتبدو البثور فيها سطحية واضحة ومستقلة عن
 الجريب الشعري.

وتصبح هذه البثور حاكة في نواحي ثنيات الأطراف وعلى ناحية الصفن، وعلى الظهر في طريحي الفراش. ويمكن أن تترافق وبعض الأمراض الجلدية كالتهاب الجلد التماسي والحزاز البسيط المزمن والمنح. كما قد تظهر الدخنية البثرية بعد أسابيع من هجوع هذه الآفات. ويكون محتوى البثور عقيماً عادة (الشكل ١١).



(الشكل ١١) الدخنية البثرية.

• الدخنية البلورية miliaria crystallina أو الحصف المرقي sudamina: تتميز بوجود حويصلات صغيرة رائقة وسطحية جداً ذات جدر قليلة الثخانة تقيس ٢-١ ملم، لا يرافقها أي تفاعل التهابي، تشاهد في المرضى طريحي الفراش الذين ترتفع حرارتهم مسببة ازدياد التعرق، لذا فإنها تحدث في الظهر، أو في الحالات التي تمنع فيها الثياب تبديد الحرارة كما في الأطفال المتدثرين. هذه الاندفاعات غير عرضية، وحياتها قصيرة إذ تميل إلى التمزق لدى أدنى رض يصيبها، وهي آفات محددة السير ولا تحتاج إلى المعالجة يصيبها، وهي آفات محددة السير ولا تحتاج إلى المعالجة

معالجة الدختيات؛ نقل المريض إلى محيط بارد؛ إذ يساعد قضاء ليلة واحدة في غرفة مكيفة على تخفيف الانزعاج الذي يشكو منه، ويفيد تطبيق اللانولين اللامائي في إعادة الإفراز الطبيعي للعرق مع تخفيف التعرض



الشكل (١٢) الدخنية اليلورية

للصابون، وتوصف المراهم الستيروئيدية ولريما كانت أكثر السهونات نجاعة في الحالات الشديدة. ويفيد إعطاء اغ من حمض الأسكورييك (vit.c) يومياً للوقاية والعلاج من الدخنيات.

ب- حمامي الاصطلاع erythema Ab igne وهي حمامي مستديمة، تنجم عن تعرض الجلد المديد لحرارة شديدة لا تحدث فيه حرقاً ما (مدفأة)، وما ينجم عن هذه الحمامي من تصبغ شبكي متسع. تبدأ بتبقع موضعي، ثم يصبح على شكل حمامي شبكية تخلف مكانها تصبغاً مماثلاً (الشكل١٢). وقد تظهر هذه الأطوار المختلفة على نحو متتال فيتبدل اللون من اللون الزهري الفاتح إلى الوردي الغامق إلى الأرجواني القاتم، وإذا مازال السبب المحدث فإن الأفة



الشكل (١٣) حمامي الاصطلاء

تتراجع تراجعاً تدريجياً؛ بيد أن التصبغ المحدث قد يبقى دائماً في حال التعرض المزمن، ويمكن أن تتشكل سرطانة جلدية على الساقين وهي أكثر حدوثاً في النساء بسبب التعرض المباشر لحرارة الموقد والمشعات الكهريائية طلباً للدفء. ويفيد لعلاجها استعمال المطريات، وقد تفيد الرهيمات المحتوية على الهيدروكينون والتريتينولين والستيروئيدات في إنقاص التصبغات غير المرغوبة.

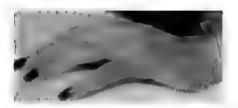
ج- الحروق الحرارية thermal burns: تصنف الحروق الجلدية الناجمة عن الحرارة الجافة أو عن السمط scald في أربع درجات:

الحرق من الدرجة الأولى: يؤدي إلى احتقان الأوعية الدموية السطحية فقط احتقاناً فاعلاً محدثاً حمامى، قد يتبعها توسف بشروي مثل حرق الشمس، وقد يكون الألم وزيادة حرارة الجلد السطحية شديدين، وليس من المستبعد حدوث بعض التفاعلات البنيوية العامة إذا كانت مساحة المنافة المصابة كبيرة (الشكل 18).

• أما الحرق من الدرجة الثانية فيقسم إلى شكلين: سطحي وعميق. يترافق الشكل السطحي ورشح المصل من الأوعية الشعرية محدثاً وذمة في النسج السطحية وتتشكل الحويصلات والفقاعات حينما يتجمع المصل تحت الطبقة الخارجية من البشرة (الشكل ١٥). يحدث الشفاء في هذا النمط من دون أن يترك ندبات، أما الشكل العميق من حروق الدرجة الثانية فتتعرض فيه الأدمة للأذية لتلف يصيب التروية الدموية، كما تتعرض الملحقات الجلدية لبعض التلف أيضاً. يستغرق الشفاء في هذا الشكل أكثر من شهر التلف أيضاً.

• وفي حروق الدرجة الثالثة يحدث تلف النسيج الجلدي بكامل ثخانته مؤدياً إلى احتمال إصابة ما تحته من الأنسجة، وكذلك تتلف ملحقات الجلد على نحو لا يبقى فيه نسيج ظهاري قادر على إنماء الجلد من جديد، كما تحدث تقرحات في الجلد المصاب يترك شفاؤها ندبات عميقة (الشكل ١٦).

• أما حروق الدرجة الرابعة فيشمل التلف فيها كامل النسيج الجلدي والنسيج الشحمي تحت الجلد وصولاً إلى الأوتار العضلية، وتتطلب معالجة حروق الدرجة الثالثة والرابعة إجراء طعوم جلدية استرها، كما قد ترافقها أعراض بنيوية ذات خطورة تتفاوت شدتها بحسب حجم السطح الجلدي المتضرر وعمق الأفة وموقع الإصابة. وقد تظهر أعراض الصدمة خلال أربع وعشرين ساعة من الحرق، تتبعها



الشكل (١٤) حرق حراري من الدرجة الأولى



الشكل (١٥) حرق حراري من الدرجة الثانية (تشكل حويصلي وفقاعي)



الشكل (١٦) حرق حراري من الدرجة الثالثة



الشكل (١٧) حرق حراري من الدرجة الرابعة

أعراض انسمام دموي بسبب ما يمتص من الأنسجة التالفة مكان الإصابة (الشكل ١٧).

الْمَالَ: يكون سيئاً إذا تجاوز الحرق أكثر من ثلثي مساحة

سطح الجلد، وإذا ما رافقه خمج تناول الجلد الثؤوف والنسيج المحيط به وأدى إلى انسمام الأعضاء الداخلية كالسحايا والرئتين والكلى وغيرها، ومن المضاعفات الهامة اضبطراب الشوارد وخلل توازن السوائل وضياع بروتينات المصل. ويؤدى حدوث التندب الشديد - سواء أكانت الندبات جدرية الشكل أم ندبات مسطحة - الذي يرافقه انكماش إلى تشوهات معيبة: واضطراب وظيفة المفاصل القريبة: وإلى حدوث تقرحات مزمنة بسبب سوء الدوران الموضعي.

المالجة: يتم الإسماف الأولى الماجل في الحروق الحرارية الطفيفة بوضع كمادات باردة فورية كالماء المثلج أو ماء الصنبور حين عدم توافر الثلج، ويثابر على ذلك حتى يتوقف الألم، ويجب عدم فتح الحويصلات والفضاعات في حروق الدرجة الثانية، بل على العكس يجب حمايتها من الرض لأنها تشكل حاجزاً طبيعياً ضد التلوك، ثم تطلي بمرهم مضاد حيوي كالنيومايسين والغاراميسين، كما يفيد مرهم السلفاديازين الفضى في حماية الحروق الشديدة والعقيمة من الخمج، وتعود الخطورة وحدوث الوفيات التي تعقب الحروق الشديدة إلى الإصابة بالخمج الجرثومي، لهذا يجب أن توجه الجهود إلى الوقاية ومعالجة هذه المضاعفة. كما يجب - بعد إجراء الإسعاف الأولى- معالجة الصدمة التي تقوم على تعويضَ السوائل والشوارد، علماً أن الصدمة الثانوية غالباً ما تحدث حين يشمل الحرق نسبة ٢٠٪ من سطح الجسم في الكهول، و١١٪ من سطح الجسم في الأطفال و ٥٪ من سطح الجسم في الرضع، كما يجب الانتباه في الحروق الواسعة الكمية البول المطروحة في الساعة؛ ذلك لأن الحروق الواسعة قد تؤدي إلى انقطاع البول.

# ٣- الأذيبات المضبول بينة actinic injuries (الإصبابيات السقعية):

قبل الحديث عن الأذيات الضيائية يجب التنويه بأن الطيف الشمسي يضم تبعاً -لطول موجة الضوء -الأجزاء المهمة التالية: الأشعة فوق البنفسجية UV وطول موجاتها أقل من ١٠٠ نانومتر، والضوم المرثى طول موجاته ٢٦٠-٤٠٠ نانومتراً، والأشعة تحت الحمراء وطول موجاتها اكثر من ٧٦٠ نانومتراً، وتقسم الأشعة فوق البنفسجية UV إلى ثالاثة حزم: أ- الأشعة قوق البنفسجية أ-UVA؛ طول موجاتها من

۲۲۰-۲۲۰ نانومتر.

ب- الأشعة فوق البنفسجية ب-UVB، طول موجاتها من ۲۸۰-۲۸۰ نانومتراً،

ج- الأشعة فوق البنفسجية ث-UVC، طول موجاتها من

٠٠٠-٢٨٠ نانومتراً وهي مسرطنة بشدة، وتخترق البشرة فقط، وتمتصها طبقة الأوزون المحيطة بالأرض.

تسمى الكمية الصغرى من موجة الضوء المحددة القادرة على إحداث حمامي على الجلد الجرعة الحمامية الصفري minimal erythema dose (Med)، وهذا كنائنت هنده الجنوعية تختلف باختلاف نمط الجلد والمنطقة المختبرة منه فإن الجرعة الحمامية الميارية(SED) standard erythema dose تستعمل عادة للتعبير عن كمية الأشعة فوق البنضسجية المفعالة لإحداث حمامي وتساوي ١٠٠ جول/م"، وعلى الرغم من أن كمية الأشعة UVA أكثر بـ ١٠٠ مرة من الأشعة UVB في ساعات منتصف النهار؛ فإن لأشعة UVB قدرة مولدة للحمامي تضوق ألف مرة قدرة الأشعة UVA، لذا هان الحمامي الشمسية تنتج بشكل رئيسي عن الأشعة UVB: علماً أن طول الموجة الحيوى القادر على إحداث حرق شمسي هو ٢٠٨ نانومتر، وليس للأشعة UVA شأن مهم في إحداث الحمامي والحروق الشمسية ولكن أهميتها كبيرة في إحداث الحساسية الضيائية المحرضة بالأدوية. كما تتواسط كل من الأشعة فوق الينفسجية أوب في إحداث الشيخوخة الجلدية وفي التثبيط الناعي الجلدي وحدوث المران الضيائي والسرطانات الجلدية.

#### أ- حروق الشمس:

الحرق الشمسي هو تفاعل طبيعي في جلد الإنسان تجاه الأشعة الشمسية إذا زادت مقاديرها على المقدار المحدث للحمامي؛ أي المقدار الذي يحدث احمراراً في الجلد، وهي تظهر بعد فترة كمون تراوح بين ٤ و٨ ساعات وتبلغ ذروتها بعد ١٢-٢٤ ساعة، وتتجلى الأعراض الأولية بالأحمرار الذي يعقبه الألم (الشكل ١٨)، ويلى ذلك في الحالات الشديدة تشكل النفطات التى يمكن أن يتصل بعضها ببعض وقد تشتد فتحدث الوذمة في الوجه والأطراف وقد ترافقها قشعريرة



الشكل (١٨) حرق شمس

وحمى ودعث وصداع وغثيان وقياء وتسرع القلب وهبوط الضغط (أعراض الصدمة)، وقد تستمر هذه الأعراض مدة أسبوع في الحالات الشديدة، وحينما يبدأ الاحمرار بالانحسار والنفطات بالهبوط فإن التوسف يبدأ بالظهور، أما في غضون ذلك فيحدث تبدلان أساسبان في صباغ الجلد الأول: تقتم الصباغ العاجل I.P.D المسمى بظاهرة ميروسكي؛ والثاني: تكون الميلانين الأجل الذي يبدأ في الأيام الثلاثة الأولى ويبقى فترة تمتد نحو أسبوعين. ويمتد التقتم الأولى النبي حدث بتأثير المقادير العالية من الأشعة فوق البنفسجية أليخالط تشكل الميلانين الأجل، وحينما يحدث التوسف التالي للحرق فإنه يطرح معه كثيراً مما كان قد تشكل من الصباغ الجديد.

إن الذي يحدد قابلية جلد الإنسان للاسمرار أو سهولة حدوث حرق فيه حين التعرض للشمس هو نمط الجلد الذي يحدد الجرعة الأولية من الأشعة فوق البنفسجية في المعالجة الضوئية، ونوع الواقيات الشمسية التي يمكنه استعمالها في المعالجة، كما يعكس الخطر الذي يمكن أن يتعرض له في المستقبل من إمكانية حدوث تطورات سرطانية أو تغيرات شيخوخية ضيائية. إن التعرض المديد للأشعة فوق البنفسجية أوب يؤديان إلى زيادة تخن الجلد ولاسيما الطبقة المتقرنة وهي زيادة تغيد في زيادة تحمل الأشعة الشمسة.

أتماط الجلد: للجلد سنة أنماط هي:

- النمطان الأول والثاني يشملان ذوي البشرة البيضاء الفاتحة والشعر الأشقر والعيون الزرق أو ذوي الشعر الأحمر المرافق نمشاً، ويتصنف هؤلاء بالتأهب المفرط للأذيات الضيائية علماً أن النمط الأول لا يؤدي أبداً إلى تصبفات، أما النمط الثاني فيشكل تصبغات خفيضة بعد التعرض للشمس.
- النمط الثالث يشمل ذوي البشرة البيضاء والشعر
   الفامق، وتكون حروق الشمس لديهم معتدلة إذا حدثت، كما
   تصطبغ جلودهم تدريجياً.
- النمط الرابع بشمل ذوي البشرة البيضاء المائلة إلى
   الصفرة كسكان شرقي أسيا، وتكون حروق الشمس لديهم خفيفة إذا ما أصابتهم، ويتصبغ جلدهم.
- اثنمط الخامس بشمل السمر ونادراً ما تحدث لديهم حروق الشمس، ويأخذ تصبغ جلدهم لوناً قاتماً.
- النمط السادس يشمل ذوي التصبخ الشديد كالأفارقة
   ولا يحترقون أبداً، أما جلدهم فيكون متصبغاً باللون الأسود.

المعالجة، تعطى الستيروئيدات الجهازية والموضعية ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية كالأسبيرين والأندوميتاسين في الحروق الشديدة، كما يؤدي تطبيق الستيروئيدات الموضعية متوسطة القوة بعد ٢ ساعات من التعرض للشمس إلى إنقاص الأعراض في ١٠-١٣٪ من الحالات، إضافة إلى فائدة تطبيق رفادات من الماء المثلج في بدء الإصابة وتطبيق محلول الزنك المرطب والمهدئ، كما يفيد تطبيق الأندوميتاسين الموضعي والملاجم لتشكل البروستاغلاندين E في الجلد، وعموماً يعاني ضحايا الحروق الشمسية مدة يوم إلى يومين على الأقل من عدم الربياح ومن الألم قبل أن تتحسن حالهم تحسناً جيداً،

الوقاية: تقوم على الوقوف بالظل وتجنب التعرض لشمس منتصف النهار، وارتداء الملابس الواقية والقبعات المناسبة، واستعمال الواقيات الشمسية المناسبة، وانتخاب الواقي المناسب منها وفقاً لنمط الجلد.

### ب- النهش (freckle):

بقع بنية أو صفر صغيرة بقطر أقل من 8, -سم". تبدو بكثرة على الجلد المعرض للشمس كالوجه والرقبة والكتفين وظهر اليد. تصبح أكثر وضوحاً في أشهر الصيف وتحفها خلال فصل الشتاء حين تكون أشعة الشمس أقل شدة. وقد يغيب النمش غياباً تأماً في بعض الحالات، ويكون جلد الأشخاص المعرضين للنمش من النمط او". وقد يكون النمش وراثياً ويظهر في الأجيال المتعاقبة في الموقع نفسه، والتوزع نفسه ويبدأ بالظهور في الحامسة من العمر. يفضل حماية الجلد من النمش بالواقيات المناسبة، وتعد كل من العالجة القرية والتريتنوين الموضعي والأدابالين فعالة في معالجة التصبغات الشمسية.

# ج- الدشنية الضروانية colloid milium أو التنكس الغرواني:

يوجد نوعان من الدخنية الغروانية؛ أحدهما يحدث في البالغين والأخر في اليافعين. وفي كلتا حالتي الدخنية الغروانية تتظاهر الأفة الأولية بحطاطات مسطحة قاسية بقطر ا-ه ملم، شفافة أو بلون الجلد مائلة إلى الصفرة. تظهر الأفات في دخنية البالغين على المناطق المعرضة للشمس كالوجه والرقبة والدراعين واليدين والأذنين، وتلتحم الأفات لتشكل لويحات ونادراً ما تكون بشكل ثؤلولي.

وتصادف الدخنية الغروانية في البالغين حين التعرض غواد بتروكيميائية إضافة إلى حدوثها بسبب التعرض المديد للشمس، وتتصف بأنها أحادية الجانب في السائقين. وتشتق

المادة الغروانية من تنكس الألياف المرنة، وتعدّ دخنية البالغين شكلاً حطاطياً من المران السافع، أما دخنية اليافعين فأندر بكثير وتتطور قبل البلوغ، وقد تكون هناك قصة عائلية، وتشبه أفاتها دخنية البالغين لكنها تظهر على نحو رئيسي على الوجه والجوانب الوحشية للعنق واليدين نتيجة التعرض للشمس.

الوقاية والمعالجة، تكون بالوقاية من الشمس واتباع الإرشادات المتبعة في الوقاية من حرق الشمس، ويفيد تطبيق الرهيمات المطرية بانتظام على المناطق العرضة للشمس بغية إنقاص التوسف، ويحسن الحالة تطبيق حموض ألفا هيدروكسي بتراكيز منخفضة وغير مخرشة، وقد يحسن استعمال التريتيونين الموضعي والتزاروتين والأدابالين التأثيرات المحدثة بالشيخوخة الضيائية، ويلجأ في بعض الحالات إلى المعالجة الليزرية.

## د- الشرى الشمسي solar urticaria:

تحدث فيه آفات شروية حين التعرض للشمس وتزول خلال ساعة إلى ساعتين ونادراً ما تستمر أكثر من يوم واحد. تبدى الأماكن المرضة للشمس تعرضاً مزمناً حساسية أقل، وهذا الشرى أكثر شيوعاً في النساء بعمار بين ٢٠-٤ سنة، وقد يحدث في الهجمات الشديدة غشى وتشنج قصبي أو حتى صدمة تأقية، كما أن الحساسية نحو UVA هي الأكثر شيوعاً وقد ذكرت حساسية للضوء المرئى أيضاً، ويفترض وجود محسسات دورانية محرضة بالضوء يكون مريض الشرى الشمسي متحسساً لها بالذات. وعملياً فإن الشرى الشمسي مجهول السبب دائماً. وتتهم بعض الأدوية بإحداثه مثل التتراسيكلين وكلوروبرومازين، يوضع تشخيص الشرى الشمسي بسهولة استناداً إلى القصة المرضية، كما يفيد الاختبار الضوئي في تحديد طول الموجة المحسسة وفي تحديد الجرعة الشروية الصغرى، أما بالنسبة للواقبات الشمسية العادية فهي ذات فائدة محدودة، وتعطى مضادات الهيستامين H1، والمعالجة بالبوها PUVA فعالة في الحالات الأصعب. كما ذكرت فائدة السكلوسيورين [ والغلوبولينات المناعية.

## ه - الحكاله (الأكال) السقمي actinic prurigo:

مرض شائع في الأمريكيين الأصليين وفي كولومبيا وأوريا واستراليا واليابان، ونسبة إصابة الإناث إلى الذكور فيه ٦-٢. تبدأ الأفات في الأطفال بحطاطات صفيرة أو حطاطات حويصلية يمكن أن تتجلب وتتقوبا وتصبح حاكة بشدة، وغالباً ما يصاب الخدان وذروة الأنف والشفة السفلى والأذنان





الشكل (١٩ أ و ب) حكاك سفعي لدى أخوين

إصابة وصفية في الأطفال، وقد يكون التهاب الشفة العرض الأولي والوحيد لسنوات، ويشاهد التهاب الملتحمة في ١٠٢٠، وإن ظهور الأفات على اليدين والساقين شائع ويتظاهر بشكل عقيدات حاكة، وقد تمتد اندفاعات هذا الأكال لتطال المناطق المحمية من الشمس ولاسيما الردفين لكنها تكون هنا أقل شدة، وتتظاهر الاندفاعات في اليافمين على شكل حطاطات ولويحات جافة ومزمنة، أما التهاب الشفة والتجلب فيحدث على نحو أقل (الشكل ١٩).

العلاج؛ يعتمد على الوقاية من التعرض للشمس وتطبيق الواقيات الشمسية القوية والستيروئيدات الموضعية وتناول مضادات الهيستامين، وتعطى الستيروئيدات الجهازية في الحالات الشديدة.

# و- الماثية اللقاحينية الشكل (الحصاف وقسي الشكل) hydroa vacciniforme:

جلاد مزمن نادر جداً يظهر في الطفولة بنسب متساوية بين النكور والإناث؛ لكنه يظهر بوقت أبكر في الإناث ويستمر فترة أطول في الذكور، ويسير نحو الهجوع العفوي قبل سن العشرين.

تميل أفاته إلى التجمع في مجموعات تبقى بينها مناطق سليمة. يصيب المرض الأذنين والخدين والأنف والوجوه الباسطة للنراعين واليدين؛ أي المناطق المعرضة للشمس (الشكل ٢٠)، وقد يحدث نزف تحت الأظافر. يبدأ المرض بشعور باللسع بعد ٢ ساعات من التعرض للشمس وتظهر الحمامي والوذمة خلال يوم أو أقل من ذلك، يتبعها ظهور حويصلات مميزة تقيس من ٢-٤ ملم، تتمزق بعدها بأيام ليحدث نخر مركزي ثم تشفى المائية تاركة ندباً كندب الجدري. يعاود ظهور الأفات مع تكرر التعرض للشمس، ويتضمن بالتشخيص التفريقي تمييزه من الطفح الضيائي عديد الأشكال ومن البروتوبرفيرية المؤلدة للحمر؛ إذ تكون مستويات البرفيرين طبيعية بالبول في المائية اللقاحينية الشكل.

تعتمد المعالجة على تجنب التعرض للشمس واستعمال واقيات شمسية قوية. وقد تكون المالجة بالأشعة UVB ضيقة الحزمة في أوائل الربيع مفيدة، وقد تعطى مضادات الملاريا. و- الحساسية الضولية photosensitivity:

تشمل اضطرابات الحساسية الضوئية مجموعة من

الشكل (٣٠) المائية اللقاحينية الشكل

التفاعلات الجلدية المحرضة كيميائياً أو من منشأ استقلابي مجهول الآلية.

(۱)-الحساسية الضولية المحدثة كيميائياً، تنجم عن مواد كيميائية محسسة ضوئياً نتيجة التعرض لنور الشمس محدثة تفاعلاً غير طبيعي في الجلد، تصل هذه المواد إلى الجلد إما بالتماس (عن طريق خارجي) وإما عن طريق هضمي أو غير هضمي (مصدر داخلي)، وتؤدي إلى زيادة ملحوظة في حرق الشمس دون أرجية سابقة وهذا ما يدعى (الانسمام الضيائي)، وعلى النقيض من ذلك فإن الأرج الضيائي هو جلاد أرجي حقيقي ينجم في فئة من الأشخاص، أما المادة المحسسة فقد تكون من مصدر داخلي (تفاعل دوائي ضيائي أرجي) أو من مصدر تماس خارجي (التهاب جلد ضيائي تماسي أرجي).

وفي التماس الخارجي يكون التمييز بين الانسمام الضيائي والأرجية الضيائية سهلاً، فالانسمام الضيائي يحدث في التعرض الأول وتبدأ الهجمة خلال أقل من ٤٨ ساعة، ويحدث في الغالبية العظمى للأشخاص المعرضين للدة سامة ضيائياً ولضوء الشمس، يبدي هذا الانسمام الضوئي نسيجياً نموذجاً مشابهاً لحرق الشمس. أما الأرجية الضيائية فتحدث لدى أشخاص محسسين، وقد تتأخر نوبة التحسس الأرجي حتى ١٤يوماً (فترة التحسس)، وتبدي نسيجياً ملامح التهاب الجلد التماسي (الشكل ٢١).



(الشكل ٢١) الحساسية الضيائية (لاحظ إصابة المناطق المكشوفة)

طيف التأثير action spectrum: المركبات الكيميائية المعروفة بإحداث تحسس ضيائي (أرج ضيائي) هي مركبات ذات وزن جزيئي أقل من ٥٠٠، ويمتص كل محسس ضيائي طول موجة محددة من الضوء يدعى طيف الامتصاص.

ويقع معظم طيف التأثير للأرجية الضيائية في منطقة الأشعة فوق البنفسجية أ، وقد يمتد إلى ضمن الضوء المرئى،

ولا تحدث التفاعلات التحسسية الضوئية إلا إذا توافرت كمية كافية من العامل المحسس الضيائي في الجلد، وتعرض الجلد لشدة ومدة كافية من الضوء الذي يقع في طيف تأثير العامل المحسس.

phototoxic reaction التفاعلات السمية الضيالية هي تفاعلات لا مناعية تتطور بعد التعرض لطول موجة محددة ولشدة الضوء وبوجود مادة محسسة ضيائيا بعد مضى ساعتين إلى سِت ساعات، كما أنها تفاعلات من نمط حرق الشمس وتتظاهر بحمامي وألم ونفاطات على المناطق المعرضة للشمس فقط، ويمكن استنتاج هذا النبمط من التفاعلات فيمن سبق تديه حساسية تهذه المادة بالنات؛ علماً أن الاستعداد يختلف اختلافاً كبيراً من شخص إلى آخر، وعموماً فإن هذا النمط من التفاعل السمى الضيائي يتطلب كمية كبيرة من المادة المحسسة. تسوء الحمامي خلال ٢-١ أيام قبل أن تبدأ بالتراجع، وقد يؤدي تعرض سرير الظفر إلى اتحلاله وحصول ما يدعى (الحلال الظفر الضيائي). وقد تحدث تفاعلات سمية ضيائية خاصة تنتج من تطبيق محسس ضيائي موضعي محدثة تصبغا من دون حدوث حمامي سابقة، وإن طيف التأثير للعظم التفاعلات السمية الضيائية هو UVA.

(٣)- التهاب الجلد السمي الضيائي القطران القحمي والقار إذا ما تعرض الجلد الملطخ بهما للشمس تفاعلاً والقار إذا ما تعرض الجلد الملطخ بهما للشمس تفاعلاً كالحرق الشمسي مترافقاً وحس حرق شديد (بقع قطران وامضة)، يستمر الحرق والحمامي نحو ثلاثة أيام؛ ويحدث في نحو ٧٠٪ من البيض الذين يتعرضون للمواد السابقة تفاعلاً سمياً. ويكون الأشخاص من نمط الجلد ٧ و ٧ العاد حدوث تصبغ قد يستمر سنوات، يدخل القطران الفحمي او أحد مشتقاته في سناعة مواد التجميل والراهم الجلدية والصبغات والمبيدات الحشرية والمطهرات، لذا يجب الانتباء لذلك.

(1)- الشهاب الجلد الطبيالي الشباتي الموجودة في photodermatitis عن تسبب الفيوكومارينات الموجودة في بعض النباتات تفاعلات سمية ضيائية حينما تصبح بتماس الجلد الرطب وتتمرض للأشعة فوق البنفسجية - أ، وهو ما يدعى بالتهاب الجلد النباتي، فبعد ساعات من التعرض تبدو حمامى حارقة يتلوها وذمة ثم تظهر حويصلات أو فقاعات يتبعها في مرحلة التراجع تصبغ شديد يبقى اسابيع أو



الشكل (٢٢) اثنهاب جلد طبيائي نباتي

أشهراً (الشكل ٢٧)، وقد تكون شدة التفاعل السمي الضيائي خفيفة على نحو لا يستطيع المريض تذكرها بالرغم من التصبغ الشديد.

معظم النباتات ذات السمية الضيائية هي من الفصيلة الخيمية والسنابية وفصيلة أزهار الربيع ذوات الفلقتين والفصيلة التونية، وتضم النباتات المتهمة: الفافت، حشيشة الملاك، الحوذان، الرز، زهر الحقل، الشبث، الشمرة، التين، جزر الحقل، الجزر البري، الدريدار، قدم الوزة، الزيزفون، بقلة الرئيس، الخردل، الكرفس، البقدونس، الليمون، القرفة وغيرها. ولعل من أشهرها الزيزفون الذي هو عضو في العائلة السنابية، وكذلك العلاج بالعطور الحاوية زيت البرغموت أو محاليل التسمير المنزلية الحاوية مستخلصات من أوراق التين قد تحدث التهاب جلد ضيائياً نباتياً، وقد يكون شديداً ومنتشراً إلى درجة يحتاج معها إلى البقاء في وحدة العناية بالحروق.

التهاب الجلد الفقاعي المخطط (التهاب جلد المرج أو العشب): هو نوع من التهاب الجلد النباتي الضيائي يحدث بسبب التماس بزهر الجزر الأبيض أو بالأعشاب البرية ذوات الأزهار الصفر من عائلة أزهار الربيع، وليس بسبب العشب نفسه، ويتألف الاندفاع من خطوط وتشكلات غريبة مع حويصلات وفقاعات تشفى مخلفة فرط تصبغ السبب الأكثر شيوعاً في التهاب الجلد الضيائي النباتي هو الحمامات الشمسية في حقول حاوية نباتات محسسة ضيائياً وينحمر الاندفاع في أماكن التعرض للشمس حيث يحدث الم حارق في اليومين الأولين ويبقى فرط تصبغ صريح، وإن الأفات غير المتناظرة وغير المالوفة والأفات المخططة تساعد على فوضع التشخيص.

المالجة شبيهة بمعالجة الحرق الشمسي إضافة إلى الضمادات الباردة والسكنات والمطريات الموضعية.

التهاب الجلد القلادي berloque dermatitis: ويسمى

أيضاً التهاب الجلد العطري ويتصف باضطراب صباغي في لون الجلد، ينجم عن استعمال ماء الطيب (الكولونيا) في أثناء الاستحمام الشمسي. يتميز هذا الاضطراب الصباغي ببقع مصطبغة مشرشرة. أما كلمة berloque فتعني بالفرنسية وبالألمانية (berlocke) القلادة المدلاة. غالباً ما تشاهد الإصابة على جانبي العنق أو خلف الأذنين في النساء، في حين تبدو الإصابة على نواحي اللحية في الرجال، وهي تنجم عن زيت البرغموت المستعمل في دهون ما بعد الحلاقة، وما هو إلا زيت الفورو كومارين (ه ميتوكسي بسورالين)

المالجة: تقوم على إيضاف المستحضرات التي تحوي الفوروكومارين.

- (ه)- الحساسية الضولية مجهولة السيب idiopathic عبد السيب photosensitivity disorder عبد السندة الشياب عبد المساسية الضوئية غير محددة الأسباب كما أنها لا تشترك بأي عامل محسس ضيائي خارجي عدا بعض حالات التهاب الجند السفعى المزمن والاضطرابات الاستقلابية الولادية.
- (٦)-المسسات الضوئية الداخلية: عديدة وغالباً ما تكون مجهولة لصعوبة تحديدها وتدخل ضمنها: البسورالينات psoralenes ومشتقاتها والتتراسيكلينات ومشتقاتها والسلفاميدات ومشتقاتها والفينوتيازينات ومشتقاتها وحمض الناليديكسيك ومضادات الاكتناب ثلاثية الحلقة مثل البروتريبتيلين protriptyline ومشتقاتها ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والمدرات والريتينوئيدات، وجميعها تسبب حساسية ضيائية في الأشخاص المتحسسين
- (٧)- السلط الضولي عديد الأشكال (PMLE): و polymorphous light eruptions هو الشكل الأكثر شيوعاً من الحساسية الضوئية، وهو يصيب كل العروق وكل أنماط الجلد. تظهر الهجمة الأولى على نحو وصفي في المقود الثلاثة الأولى من العمر، وتصاب به الإناث أكثر من الذكور وتوجد قصة عائلية في ٢٠-٥٠٪ من المرضى.

سريرياً؛ يظهر الطفح بأشكال مختلفة لكن شكله في الغالب ثابت في المريض نفسه، والشكل الحطاطي أو الحطاطي الحطاطي الحطاطي الحطاطي الحطاطي الحطاطي الحصامي هو الأكثر شيوعاً (الشكل الأكزيمي يشاهد الشكل الأحريطاطي الحويصلي والشكل الأكزيمي والشكل الأخريمية باللويحات، والأفات الشبيهة باللويحات قد تحاكي الذأب الحمامي بوسوفها وتوسعاتها الشعيرية وارتشاحها. لايحدث

في أثناء سير المرض تندب أو ضمور لكن قد يحدث نقص تصبغ أو فرط تصبغ ملحوظ تال للالتهاب في العروق الأغمق لوناً، كما سجلت حكة فقط من دون اندفاعات في بعض المرضى، لكن يحدث في بعضهم لاحقاً طفح ضوئي عديد الأشكال وصفي المنظر، وتظهر الأفات عادة بشكل نموذجي بعد يوم إلى أربعة أيام من التعرض للشمس. كما يعاني بعض المرضى حكة وحمامى خلال فترة التعرض للشمس ثم تتطور الأفات لاحقاً خلال لا ساعة بعد التعرض. أما المناطق الانتقائية للإصابة فهي الوجه ومنطقة السبعة في أعلى الصدر والعنق ومنطقة الدراعين، ويظهر الاندفاع في الربيع ويزداد حين التعرض الطويل للشمس.

ومن الأشكال غير الشائعة من الطفح الضولي عديد الأشكال ما يسمى الاندفاع الربيعي اليفعاني للأنتين، وهو يحدث في الصبيان في عمر الخامسة حتى الثانية عشرة لكنه قد يصيب صغار البالغين، ويظهر في الربيع بعد التعرض للشمس في الأيام الباردة، كما تحدث في الأيام المشمسة جائحات كبيرة في أطفال المدارس. أهاته الموصفية حطاطات صغيرة أو حويصلات حطاطية تتوضع بشكل مجموعات على صيوان الأذن، وتتجلب حين تراجعها من دون أن تخلف تدبات، طيفها الضيائي المحدث هو الأشعة فوق البنفسجية آ. وهي تماثل نسيجياً ما يُشاهد في الطفح فوق البنفسجية آ. وهي تماثل نسيجياً ما يُشاهد في الطفح الضوئي عديد الأشكال.

ويساعد على وضع التشخيص الاستعانة بالفحص النسجي وANA (اختبار الأضداد المضادة للنوى) والومضان المناعى المباشر.

المعالجة، يفيد عدم التعرض الأشعة الشهس مع تطبيق واقيات ذات عامل حماية مرتمع كي يكون جيد الفعالية، ويفيد تطبيق الستيروئيدات متوسطة القوة أو القوية موضعياً لمالجة الحكة والتخلص من الاندفاعات، كماتعطى مضادات الهيستامين لتهدئة الحكة، اما في الحالات الشديدة



الشكل (٢٣) طفح ضولي عديد الأشكال

فتعطى الستيروئيدات الجهازية فترات محددة ولاسيما في الربيع حين لا تتم السيطرة على حالتهم بالتدابير السابقة. كما يمكن إعطاء مضادات الملاريا التركيبية بالطريق الداخلي.

## ٤- التهاب الجلد الإشماعي radiodermatitis:

يؤدي التعرض للأشعة المؤينة إلى أذية الدنا DNA وهي الأذية العظمى التي تحصل ضمن الخلية، ويعتمد تأثير الإشعاعات المؤذية على كمية الإشعاع المنطلقة وشدتها ونوعيتها ومدة التعرض وصفات الخلايا المتعرضة للإشعاء، وعموماً فإن الخلايا سريعة الانقسام والخلايا الأرومية لديها قابلية للأذية الشعاعية على نحو أكبر حين مقارنتها بالنسج الطبيعية الأخرى، علماً أن الأشعة التي تعطى للمريض تقسم على جرعات محددة متساوية، وهذا ما يسمح للخلايا بأن تتعافى من تأثير الإشعاع بين الجرعات.

أ- التهاب الجلد الإشعاعي الحاد التهاب الجلد المسبب بعد التعرض لجرعة متوسطة من الإشعاع المؤين المسبب للحمامي لابد من انقضاء فترة تمتد نحو ٢٤ ساعة قبل ظهور الحمامي التي يتلوها تصبغ نقطي منتشر، كما يحدث هذا التعرض قلة في إفراز الغدد الزهمية وتساقط الأشعار المؤقت. أما حين يتعرض الجلد لكمية كبيرة من الإشعاع المؤين فيحدث ارتكاس حاد، يختلف الارتكاس الناجم عنه باختلاف نوع الإشعاع وكميته ومدة التعرض، ويحدث مثل عذا في معالجة الخباثات؛ إذ يحدث التعرض الزائد عنه طور ثان من الاحمرار يستمر نحو ٣-٦ أيام، وقد تترافق وتحوصلاً ووذمة وتأكلات حتى التقرح، مصحوبة بألم، كما يصبح لون الجلد قائماً (الشكل ٢٤).

ويحدث في الجلد الذي يتعرض لكمية كبيرة من الإشعاع تراجع في البني الغدية ويصبح جافاً وأملس مع فقد الصباغ

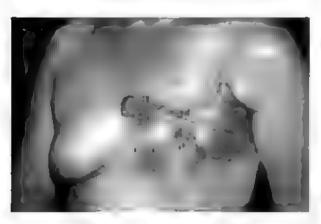


الشكل (٣٤) التهاب جلد إشعاعي حاد

أو نقصه في مواضع منه.

ب- الطفح أليف الإيوزين عديد الأشكال والحالك المرافق للعلاج الشماعي eosinophilic polymorphic and pruritic: تظهر في نحو ١٧٪ من النساء - اللواتي يعالجن بأشعة الكويالت من أجل ورم داخلي- اندفاعات حاكة ولاسيما على الأطراف، كما تترافق وتسحجات وحطاطات حمامية مع حويصلات وفقاعات أحياناً.

ج- التهاب الجلد الإههاء المرعات من الإشعاع radiodermatitis يُحدث التعرض المزمن لجرعات من الإشعاع المؤين بمقادير تحت الحماميه خلال فترة زمنية طويلة درجات مختلفة من الأذية الجلدية إضافة إلى تأذي ما تحته من النسج وذلك بعد فترة من الزمن تمتد من عدة أشهر إلى عدة عقود، ويحدث هذا التضاعل الإشعاعي في المعالجين الشعاعيين الذين يتعرضون يومياً للإشعاع المؤين، كما يحدث في المتعرض العلاجي المتكرر لقطاعات جلدية أو خلال تطبيق وألد لأشعة رونتجن لأغراض تشخيصية. تتظاهر هذه الأذية بتوسعات شعرية وضمور ونقص تصبغ يرافقه فرط تصبغ بؤري نمشي الشكل، كما يصبح الجلد رقيقاً وجافاً وناعماً وثاعاً إضافة إلى حدوث تنيف وتسمك جلدي مصحوب بألم وحطاطات حمامية قد تحدث خلال ٢-١٢ شهراً بعد العلاج وحطاطات حمامية قد تحدث خلال ٢-١٢ شهراً بعد العلاج الشعاعي، تشبه الحمرة أو النقائل الالتهابية، وقد تصبح الشغار مخططة ومنقسمة (الشكل ٢٠).



الشكل (٢٥) التهاب جلد إشعاعي مزمن

وتضعف القدرة على إصلاح الأذية الجلدية مما يؤدي إلى حدوثها لدى أدنى رضح، كما يصبح الشعر جافاً ومجعداً. أما في الحالات الأشد فإن هذه التغيرات قد تتحول إلى تقرنات شعاعية وسرطانة جلد.

إلسرطانة الشماعية radiation cancer: تحدث في أماكن التعرض الشعاعى الأولى بعد فترة كامنة من التشعيع

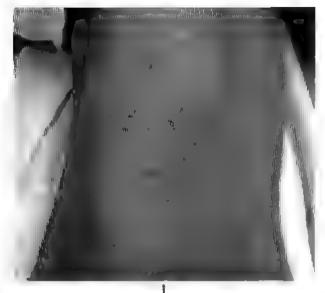
تمتد وسطياً بين ٢٠ و٤٠ سنة أو أكثر، هذه الأورام أكثرها حدوثاً سرطانة الخلية القاعدية BCC ثم السرطانة الوسفية SCC، وتضاف الأذية المحدثة بأشعة الشمس إلى الأذية الشعاعية العلاجية مما يؤدي إلى زيادة حدوث سرطانات الجلد غير الصباغية وتظهر السرطانة الوسفية في أماكن العلاج؛ علماً أن لأماكن تطور الخبائات شأناً في نوع السرطانة، فالسرطانة الوسفية مثلاً أكثر شيوعاً على النراعين واليدين، في حين تشاهد سرطانة الخلية القاعدية أكثر على الرأس والعنق والمنطقة القطنية العجزية، أما الخبائات الأخرى المحدثة بالأشعة فتتضمن الغرن الوعائي والأغران sarcomas وسرطانة الدرق.

المعالجة: تخفف تظاهرات التهاب الجلد الشعاعي الحاد بتطبيق الرهيمات الستيروليدية موضعياً ومنها مركبات الهيدروكورتيزون على نحو خاص وتشارك بالمطريات يومياً، أما التهاب الجلد الشعاعي المزمن فيتطلب اتقاء أشعة الشمس وحماية الرأس والأطراف من البرودة والحرارة أيضاً لمنع تطوره إلى الخباثه. وتفيد إزالة الآفات التقرانية ما قبل السرطانية والتقرحات إزالة مبكرة في منع تطور الخباثات، وتستطب هنا المعالجة القرية وكريم ه- فلورويوراسيل وكريم ايميكيم ود أمينوليفولينيك

## ه- الحروق الكهربائية electrical burns:

تقسم حروق الكهرباء إلى حروق تماس، وحروق توهج.
تكون حروق التماس صغيرة لكنها عميقة وتحدث نخراً
في الأنسجة. تحدث حروق التماس من التيار الكهربائي
المنزلي منخفض القولتاج عادة، وتعالج معالجة محافظة
وتشفى جيداً وقد تتطلب حروق الصوار الفموي إجراءات
ترميمية. أما حروق القولتاج المرتفع فتكون غالباً مهنية،
وقد تحدث الأذيات السطحية الجلدية إصابات داخلية
تختلط بعقابيل بطيئة التطور لاحقاً، ويساعد التداخل
الجراحي المبكر وتحسين الدوران الدموي وإصلاح الأنسجة
في الإقلال من آذية الإصابة.

أما حروق التوهج فتشمل غالباً منطقة واسعة وتكون مشابهة لأي حرق سطحي وتعالج مثله. وقد يسبب البرق حرقاً إذا ما أصاب الشخص مباشرة، وقد يؤدي إلى الوفاة من جراء توقف القلب والتنفس إضافة إلى ترافقه مع أذيات الأعضاء الداخلية الأخرى. أما الضريات غير المباشرة فتسبب حروقاً إما أن تكون خطية الشكل في المناطق التي يصيبها الحرق، وإما تكون بشكل ريشي أومن النمط المتشجر ويكون





الشكل (٣٦) الحروق الكهريائية التوهجية أ- حرق تماس كهريائي في اليد ب- حرق كهريائي توهجي من النمط التشجر ناجم عن البرق

منقطاً مع أفات دائرية عميقة متعددة (الشكل ٢٦)، وإما أن تكون حروقاً حرارية نتيجة الثياب المحترقة، وتلاحظ في حروق الصواعق الرعدية أفات مكان دخول التيار وخروجه، كما يمكن للمواد المعدنية التي يحملها الشخص المصاب بالحرق - كالخواتم والقلادات والأساور والساعات والحشوات المعدنية - أن تسبب أذبات جلدية أيضاً.

## ثالثاً- الأذيات الجلدية الكيميائية:

للمواد الكيميائية تأثيرات كثيرة في الجلد مثل التحسس نثيجة ملامستها الجلد كما في إكزيمة التماس (كالحساسية لفوسفات الكوبالت) أو حين تعرضها للضوء مسببة الحساسية الضوئية (التهاب الجلد القلائدي - فوروكومارين) ومنها ما هو مخرش يصيب الجميع، وتتعلق شدة الأذيات بكثافة المادة ونوعها ومدة التعرض لها؛ ويأتي على رأس هذه المواد الحموض والقلويات التي تؤدي إلى أذيات جلدية،

تختلف باختلاف نوعها ودرجة كثافتها ومدة التعرض لها. كحمض الكبريت وحمض كلور الماء وحمض الأزوت وحمض الخل والمواد القلوية كالصود الكاوي والكلس والبوتاس الكاوي، تلك المواد التي تؤدي إلى إحداث تأكلات وتقرحات وحروق وبالتالي تشكيل ندبات مشوهة، وينصح حين التعرض لهذه المواد غسلها مباشرة بالماء وتطبيق المحاليل المعدلة لها ومعالجة الأذيات الحاصلة من جرائها.

#### ١- الأفات الجلدية الناجمة عن الفازات السامة:

تحدث الغازات السامة المستعملة في الحروب كفاز الخردل بعد ساعتين من تماسها حمامى التهابية تظهر عليها نفاطات تنفتح تاركة سطحاً معرى يتضاعف بالأخماج، إن نفوذية هذه المواد سريعة جداً: ثنا يجب التخلص منها مباشرة عند التعرض لها.

#### ٢- الحروق بالفسفور:

تحدث حين التعرض للقنابل الفسفورية: إذ يستمر توليد المحرارة الناجمة عن الفسفور مادام الجرح معرضاً للهواء، لذا تجب المعالجة بعيداً عن الهواء، يطبق في البدء الزيت، ويعد ذلك تُطبق حمامات كبريتات النحاس ٢٪ لتعديل الفسفور.

المحسسات الضولية الداخلية وقد تم الحديث عنها سابقاً. رايعاً- العوامل الفتعلة:

يُذكر مثهاء

### ١-- هوس اقتالام الأشمار trichotillomania:

داء عصابي يتصف باقتلاع الشعر من مناطق الرأس التي تطالها اليد كمقدمة الرأس والحاجبين والرموش واللحية. يتظاهرهذا المرض بحدوث مناطق خالية من الأشعار يمكن أن تأخذ شكلاً خطياً أو شاذاً : وبوجود أشعار مقطعة ومتفاوتة في الطول، وقد تكون الأظفار متأكلة (عادة قضم الأظفار) من دون وجود تنقرات. يشاهد هذا المرض في الأطفال أكثر مما يشاهد في البالغين بسبع مرات، ويشاهد في الإناث أكثر مما يشاهد في الناكور بمرتين ونصف. يحدث هذا المداء قالباً غي المصابين باضطرابات نفسية في العائلة، كما أنه كثيراً ما يشاهد في المصابين باضطرابات نفسية. يمكن تضريق هذا المرض عن الحاصة البقعية بوجود تفاوت في طول الأشعار وغياب تنقرات الأظفار والموجودات المجهرية للأشعار المتقطعة أو لللتوية التي تتناقض مع الأشعار المتكسرة المستدقة المساهدة في الحاصة البقعية، والمعالجة نفسية.

## ٧- العد التسحجي:

يحدث غالباً في المرضى التفسيين الذين يخافون من

ظهور الاندفاعات العدية على وجوههم فتسحج الأفات وتنتزع بأظافرهم محدثة ندبات معيبة. تعتمد المعالجة على معالجة العد الشائع معالجة فعالة مع العالجة النفسية.

۳- التهابات الجلد الفتعلة dermatitis): (التهابات الجلد الصنعية dermatitis artifacta):

مصطلح يطلق على الأفات الجلدية الصطنعة من المعاب نفسه وتحت إدراك وعيه بغية إظهار أعراض مرضية أو التهرب من المسؤوليات أو للفت النظر إليه أو للحصول على التأمين بحجة العجز الوظيفي. يتم تحريض هذه الأفات الجلدية بوساطة أدوات أثية راضة أوعن طريق تطبيق مخرشات كيميائية كاوية. ويمكن ثلاَفات الجلدية أن تشابه غيرها من الأضطرابات الجلدية لكنها غالباً ما تبدو بمظهر مميز بهندسته وغرابته؛ إضافة إلى أنها لا تتماشي مع أي مرض. وعموماً تتوضع هذه الأفات على الأجزاء التي تصل إليها البدين، غالباً ما تشاهد خطوط حمر أو علامات منقطة تحت اللطخات الرئيسية وذلك بسبب سقوط نقاط من المواد الكيميائية من دون قصد على الجلد حين استخدام تلك المواد، ويحسب نوع المواد المستخدمة تنكون الأفنات الجلدية حمامية أو وعائية أو فقاعية أو قرحية، وأكثر المخربات المستخدمة شيوعاً الأظفار والأدوات ذات الرؤوس المدبية والمواد الحارة والمواد الكيميائية، وهي التي تسبب الأفات التي لا تلتئم والتي تتأخر بالشفاء وتوحى أن المريض هو الذي يتدخل في سيرها وإيقائها على ما هي عليه. كما يمكن للأحزمة أو الملابس الضيقة المحيطة بالدراع أو الساق أنْ تؤدى إلى وذمة الفاوية مفتعلة قد تلتبس مع الوذمة التالية لالتهاب الوريد، أو الأذبات العصبية كما في الأشكال التالية للوذمة اللمفية الأزمنة.

وقد يثير بعض المرضى آفات جلدية موجودة سابقاً لديهم بتطبيق المواد المحسسة لها (إكزيمة تماس)، ومن الأسباب النفسية المقترحة لهذه الالتهابات يُذكر: التمارض واضطرابات الشخصية والنفاس، وحين يشك في حقن مواد غريبة يجب إجراء خزعة وفحصها بوساطة المنظار الطيفي الذي قد يظهر تلك المواد.

إن تضميد الأفات غالباً ما يكون ضرورياً لحمايتها من وصول يد المريض إليها بسهولة. ومن الأفضل عدم إظهاراي شكوك للمريض تتعلق بالسبب، وأن يتم تقويم التشخيص من دون معرفة المريض. كما يجب أن تتضمن المعالجة الملاج التفسي على نحو أساسي، ومن الأفضل لاختصاصي الجلاية أن يحافظ على الملاقة الحسنة مع المريض وتوفير

علاج عرضي وداعم من دون فرض أحكام عليه. وقد أدى استخدام الأدوية المضادة للنفاس بجرعات منخفضة إلى بعض النتائج الجيدة.

يُعدُّ الجلد عضو الإحساس في الجسم، وهو يحوي العديد من الأعصاب ذات التخصص العالي، منها أعصاب حسية واردة afferent - تقوم بنقل حس الحرارة واللمس والاهتزاز والضغط والألم والحكة - وأخرى صادرة efferent.

تعد الحكة العرض الرئيس الذي يطغى على كثير من الأعراض الجلدية المختلفة، ويتميز كثير من الأمراض الجلدية بوجود الالتهاب على نحو ما، وتكاد تثميز معظم الحالات الالتهابية بوجود الحكة سواء أكانت معتدلة أم شديدة.

والحكة عرض مزعج كإزعاج الألم، وريما أدت إلى الانتحار في حالات منها، كما أنها تؤثر في جودة الحياة.

#### آلية الحكة:

أذت الدراسات الحديثة إلى الكشف عن وجود ألياف عصبية حساسة نحو الهيستامين تدعى الألياف C، وهي تقوم بنقل إحساس الحكة مركزياً ومحيطياً، ويبدو أن هذه الألياف حساسة أيضاً للمنبهات الحرورية والمنبهات المولدة للحكة وليس للمنبهات الألية (الميكانيكية). كما يبدو أن أليافا عصبية أخرى تتداخل في آلية الحكة ولاسيما المزمنة منها؛ إذ يتبين أن الحكة لدى التأتبيين تتحرض بفعل المنبهات الألية (كالتماس مع الصوف)، كما أن المنبهات الكهربائية ومنبهات الألم قد تعملان على تحريض الحكة.

لابد من تعرف بعض وسائط الحكة، ووحدات مستقبلات الحكة: للتوصل إلى فهم آليتها.

۱- الهيستامين: هو وسيط بدائي النمط الحكة. يُطلق العلامات الالتهاب وأعراضه بما فيها الحكة. يُطلق الهيستامين من الخلايا البديئة عبر طيف واسع من المستقبلات، يؤدي إلى حدوث تأق مباشر في الجلد ويبدو أنه لذلك غير مسؤول عن الحكة المستديمة. وهو كذلك لا يُعدُ الوسيط المباشر المسؤول عن الحكة إلا في بعض الأمراض الجدية كالشرى الحاد والتفاعلات تجاه لسع الحشرات وكثرة الخلايا البدينة عادورودية.

٢- المادة P. substance: هي ببتيد عصبي موجود بوفرة في الأعصاب المحيطية وفي الجهاز العصبي المركزي CNS، ويبدو أنها المادة المسؤولة عن زيادة شدة الحكة، ولكنها لا تؤدي إلى نزع تحبب الخلايا البدينة نزعاً مباشراً إلا بالتراكيز العالية، غير أن التراكيز المنخفضة منها تؤدي إلى

تنشيط مستقبلات النيوروكينين- neurokinin-1 الموجودة على سطح الخلية البدينة وهي التي تؤدي بدورها إلى تحسيس هذه الخلايا وزيادة إطلاق عامل النخر الورمي -α TNF-α الذي يحسس النهايات العصبية مما يؤكد وجود علاقة ترابطية بين النهايات العصبية والخلايا البدينة.

٣- النيوروتروفيتات neurotrophins: وهي عوامل منظمة لتمو الخلايا العصبية ووظيفتها، وأهمها عامل تمو العصب NGF وهو عامل بدائي النمط أيضاً. تتوافق المستويات البشروية العالية من عامل نمو العصب مع تكاثر الأعصاب الجلدية الانتهائية وتنظيم التعبير expression عن الببتيدات العصبية، مثل المادة P. وتُعبِّر الخلايا الكيراتينية عن مستويات عائية من عامل نمو العصب الذي يعد ضرورياً لبقاء العصبونات وتجددها، ويقوم بضبط استجابة الأعصاب للمنبهات الخارجية أيضاً.

 البروستاغالاندینات؛ تعزز البروستاغالاندینات فی الجلد الحكة المحدثة بالهيستامين، والبروستاغلاندينات هي المُنتج الناجم عن تحوّل حمض الأراشيدونيك arachidonic acid - - وهو من الأحماض الدسمة الأساسية - موساطة السيكلوجيناز-١ والسيكلوجيناز-٢ cyclogenase-1.2 ٢-. يعزز البروستاغلاندين 🏗 المحقون داخل الأدمة الحكة إلا حين يحقن الهيستامين بعده في الموضع نفسه الذي حقن فيه البروستاغلانين PGE. ويستنتج أن المصبوبات الحكيَّة التي تبدي حافزاً (تفعيلاً) مستديماً نتيجة للتعرض للهيستامين هي التي تستثار فقط بالـ PGE، وأما الألياف ذات الحساسية الميكانيكية فلا تستجيب لأي من الهيستامين والـ PGE، ومن الجدير بالذكر هنا الإشارة إلى أن الأسبرين الذي هو مثبط للسيكلوجيناز لا يخفف الحكة إلا في كثرة الحمر الحقيقية polycythaemia vera، على الرغم من أن كلاً من الأسبرين الموضعي والساليسيلات الموضعية يخفضان من الحكة المزمنة الموضعة.

٥- البروتئينازات proteinases: تنتج الخلايا البدينة الإنسانية نوعين من البروتئينازات، وهما الثريبتاز tryptase الإنسانية نوعين من البروتئينازات، وهما الثريبتاز جها هدان الكونان تتم عن طريق الخلية البديئة المفتلة التي تطلق التريبتاز مع وسائط آخرى كالهيستامين مشلاً، تقوم هذه الوسائط بتمعيل مستقبلة البروتئيناز المفعلة - ٢ 'PAR-2'

الموجودة على نهايات الألياف C، وهذه تقوم بدورها بنقل المعلومات إلى الجهاز العصبي المركزي حيث يمكن أن تؤدي هناك إلى الإحساس بالحكة. كما تؤدي إلى إطلاق الببتيدات العصبية موضعياً بما فيها المادة P ويبتيد الكالسيتونين المتعلق بالجين وهما يحدثان التهاياً عصبي المنشا neurogenic

7- الوسائط المحيطية الأخرى للحكة؛ ومنها الوسائط العصبية التي تُفعل قنوات الأيون والنواقل العصبية التي لها شأن في الحكة مثل الأسيتيل كولين، وهو ناقل مهم في الجملة العصبية المستقلة autonomic . إضافة لبعض الببتيدازات يمكن للخلايا البديئة أن تتعرف الببتيدات العصبية من خلال المستقبلات الموجودة على سطحها مولدة أيضاً ببتيدازات مُدركة للببتيدات العصبية مثل الإنزيم المحول للأنجيوتنسين ACE. ودوره غير واضح غير أن الأدوية التي تتبطه قد تحدث الحكة من دون طفح جلدي. ويبدو اخيراً أن للسيروتونين شأناً في إحداث الحكة حيث إنه خيراً أن للسيروتونين شأناً في إحداث الحكة حيث إنه يحدثها في الإنسان بدرجة خفيفة.

## الخلايا التناعية ودورها الوسيط أو المُعدِّل للحكة:

هناك تأثر بين الجهاز المصبي الجلدي والجهاز المناعي الجلدي، يمكن به للببتيدات العصبية المنطلقة بوساطة الأعصاب الحسية الجلدية (مثل المادة P ويبتيد الكالسيتونين المتعلق بالجين والببتيد المعوي الوعاشي) أن تضعل عوامل الانتساخ (المنسخ) (transcription (كما أنها تنظم تعبير جزيئات الالتصاق adhesion molecules والسيتوكينات المؤيدة بلالتهاب وتؤدي بدلك إلى تعديل الاستجابات المناعية والالتهابية. كما تؤثر هذه الببتيدات العصبية في التكاشر والالتمايز الخلويين وفي إصلاح الأنسجة وتقديم المستضد والتمايز الخلويين وفي إصلاح الأنسجة وتقديم المستضد الخلوية بما فيها الخلايا الكيراتينية والبدينة والخلايا الكيراتينية وخلايا لانغرهانس.

تنتج اللمفاويات التاثية المفعلة الإنترلوكين-٢ '2-١٤' الذي يؤدي حقنه داخل الأدمة إلى حدوث الحكة، كما أن إعطاء الإنترلوكين-٢ بجرعات عالية للمصابين بالسرطان يؤدي إلى حكة معممة شديدة. أما عامل النخر الورمي- ΤΝ۶- α فيقوم بتحسيس النهايات العصبية مستقبلة الأذية ποσίσερτίνε من خلال تأثيره في مستقبلة عامل النخر الورمي- α. ويبدو أن مثبطات عامل نخر الورم الحديثة ليس لها تأثير مباشر مضاد للحكة، لكن مثبط عامل نخر الورم الحكة المحكة القديم (كالثاليدوميد) يتميز بفاعليته في تضريح الحكة

الرافقة للحكاك العقيدي.

#### الحكات

هَمَاكَ تَوْعَانَ مِنَ الحَكَاتِ، الحَكَاتِ الْمُوضِعَةِ وَالحَكَاتِ الْمُعَمِّمَةِ.

## أولاً- الحكاث الْمُوضِّعة:

تُدعى بعض هذه الحكات أولية، وتتميز بوجود الحكة من دون وجود مرض جلدي أولي يتظاهر بطفوح جلدية نوعية، ولا تُرى في هذه الحكات الأولية سوى بعض العلامات الثانوية للحكة مثل الخدوش والتأكلات والتحزر: ويدعى بعضها الأخر ثانوياً وهو تال لوجود مرض جلدي أولي، وترى فيه علامات المرض الأولي المسبب لها وتظاهراته، وفيما يلي ذكر الهم من هذه الحكات.

#### :- اتحكة الشرجيّة pruritus ani:

السببيات: من أسبابها المحتملة وجود عوامل تغذوية مثل الإكثار من شرب القهوة وتناول المأكولات المُبهُرة، أو بسبب نقص العناية بالنظافة، أو نتيجة لنجيج (نزيز) seepage الشرج وقد تكون نفسية المنشأ.

المطاهر السريرية: تراوح الأعراض من مظهر جلدي طبيعي إلى وجود حُمامى معتدلة ومنها إلى شديدة مع ظهور خدوش قد تصل إلى حد حدوث التقرح أو التحزز. لا تبدي الدراسة النسيجية إلا تغيرات توافق النهاب الجلد المزمن.

وقد، تكون الحكة الشرجية ثانوية، وتكون أسبابها واضحة غير جلدية، مثل سلس البراز والإسهال المزمن وهبوط الشرح والشقوق الشرجية والبواسير والنواسير، وتتظاهر أعراضها بالحمامي أيضاً والخدوش والتحزز والتقرح وتشكل الجلبات نتيجة العدوى الثانوية، أو تكون أسبابها أمراضاً جلدية والأكزيمة المثية والتهاب الجلد التماسي الأرجي أو التهينجي، والأكزيمة المثية والتهاب الجلد التماسي الأرجي أو التهينجي، مقا (سرطانة الشرح مثالاً)، أو تنجم عن أحد الأمراض المنقولة جنسياً (الأورام المنقبة المسلحة للإفرنجي مثلاً). كما تؤدي الاحتشارات المختلفة (مثل: قمل السانة والجرب وداء الأقصورات)، والأفات الفيروسية كالثاليل الشرجية التناسلية المرض الجلدي الأولى المسبح، وتتجلى الأعراض هنا تبعاً للمرض الجلدي الأولى المسبح،



الشكل (١) ثأليل محيطة بالشرج

الاستقصاءات: يجب أخذ قصة سريرية مُفصلة مع فحص باقي الجسم بحثاً عن أفات جلدية مثال: صدف الثنيات في الإبطين، أو الأكزيمة المثية أمام القص وعلى الفروة. وقد تحتاج بعض الحالات التي لا تستجيب للمعالجات الموضعية إلى تنظير المستقيم أو السين أو القولونات، أو فحص البراز بحثاً عن الديدان الدبوسية وبيوضها (يمكن اختبار وجودها منزلياً بوضع شريط لاصق شفاف على الشرج قبل النوم وفحصه عياناً أو بالاستعانة بعدسة مكبرة في الصباح). وقد تحتاج بعض الحالات إلى إجراء الاختبارات المعلية الخاصة بعالم بالإفرنجي حين الشك بوجود الأورام اللقمية المسلحة.

المعالجة: تعالج الحكة الشرجية الأولية بحمامات مقعدية sitz أو بالمغاطس الملطفة، وإرشاد المريض إلى طرق العناية بالنظافة العامة وعدم استعمال المناديل الورقية المعطرة والملونة بل تجفيف الناحية بمنشفة قطنية بيضاء. كما يرشد المريض إلى لبس الملابس الداخلية القطنية البيض بعد التأكد من شطفها جيداً بالماء الإزالة المواد المنظفة، وعدم استعمال الصوابين القلوية في تنظيف المناحية. وتطبق الستيروئيدات القشرية الموضعية الخفيفة الفعالية الستيروئيدات القشرية الموضعية الخفيفة الفعالية استعمال الستيروئيدات القشرية قوية المفعول مع أخطار حدوث الضمور في الحالات المرضعية. وننا يفضل استعمال مشبطات الكالسينيورين calcineurin الموضعية.

#### ?- الحكة الصفنية pruritus scroti?

تقدر نسبة الإصابة بالحكة الصفنية بـ ٥-١٥٪، وهي إما أولية وإما ثانوية.

لا يمكن تعرف وجود أي عامل مسبب في الأولية منها، وتتجلى الحكة الصفنية باحمرار مع خدوش وتحزز في الحالات المزمنة. وشأنها شأن الحكة الشرجية: قد تنجم عن أسباب غير جلدية مثل سلس البول أو نتيجة لاعتلال الجنور العصبية القطنية العجزية الماليول أو نتيجة والتهاب الجلد قد تنجم عن أمراض جلدية مثل الصدف والتهاب الجلد المثني الأرجي أو التهينجي والتهاب الجلد المثني والأفات الثانوية الفطرية أو الحمائرية (مثل المبيضات البيض) التي تنشط في التهاب الجلد الحفاظي في الرضع والمقعدين لأن الناحية رطبة ومغلقة، وهنا تتجلى الأفة بأعراض المرض البيد،

التدبير والمعالجة: يجب نصح المرضى بلبس الملابس الداخلية القطنية البيض وعدم استعمال المناديل الورقية الملونة والمعطرة، ويزيادة تواتر تغيير الحفاظ في الأطفال والمقعدين. ويمكن تخفيف الحكة باستعمال الدهونات المبردة كدهون الكالامين والديكسابانثينول، أما الحكة الثانوية فتعالج بمعالجة المرض الأولى أو إزالة العامل المسبب.

يمكن مساعدة المرضى بإعطاء مضادات الهيستامين ومضادات الاكتئاب مثل الدوكسيبين doxepin.

#### ٣- المكة الفرجية pruritus vulvae:

للحكة الفرجية توعان أيضاً، الأولية والثانوية. الحكة الأولية هي التي لا يُعرف لها سبب ظاهر، ويهيئ لذلك أن هذه الناحية التشريحية من جسم الأنشى مثناة ورطبة، ومن الطبيعي أن يكون فيها مقدار من الإفرازات المهبلية. وقد تتجم عن نقص العناية بالنظافة أو عدم تجفيف الناحية

بعد غسلها إثر كل تبول أو تبرز.

وكما في الحكة الشرجية تراوح الأعراض من وجود جلد وأغشية مخاطية طبيعية إلى حُمامى وخدوش وتحزز أو تقويؤ ثانوى وتقرح وتشكل الجلبات.

اما الحكة الفرجية الثانوية فقد تنجم عن أمراض جلدية كالصدف والحزاز التصلبي الضموري والأكزيمة التماسية الأرجية أو التهيجية والأكزيمة المثية...إلخ. ويؤدي الحفاظ (في الطفلات وفي النساء أثناء دورة الحيض) إلى التهاب جلد تماسي أرجي يتجلى بحكة شديدة مع تورم الشفرين الكبيرين والصغيرين إضافة إلى الحمامي والتحزز وتشكل الجلبات. كما قد تنجم الحكة الفرجية الثانوية عن الإصابات (العداوي) الفيروسية والخمائرية والفطرية الطفيلية والجرثومية.

أ- ا**لإصابات (العداوي) الشيروسية**؛ قد تكون منشولة جنسياً، أو بطرائق أخرى وهذا نادر.

الثاليل التناسلية: قدعى أيضاً الأورام اللقمية المؤنفة، وهي ذات سطح ورمي حليمي مما يؤدي إلى ترسب المفرزات المهبلية والعرق وبقائها في ثنيات الورم الحليمي مما يؤدي أيضاً إلى التهيج والحكة.

genital المربس) التناسلي: يؤدي الحلا التناسلي genital المربس) التناسلي: يؤدي الحلا المربط المحموث الحمامي المحموث المحموث المحموث التاكلات والتقرحات الصغيرة التالية لتمزق الحويصلات.

ب- الإصابات (المداوى) الخمالرية، تؤدي الإصابة بالبيضات البيض إلى الحكة مع نجيج أبيض متخثر واحمرار إضافة إلى التاكلات السطحية.

ج- **الإصابات (العداوى) الفطرية:** قد تمتد سعفة الأرفاغ tinea cruris إلى الناحية الشرجية التناسلية أيضاً، وتؤدي إلى الحكة فضلاً عن النظاهرات الخاصة بها.

د- الإصابات (العداوي) الطفيلية: وأهمها عدوى المهبل بالمشعرات المهبلية التي تؤدي إلى نجيج أصضر ضارب إلى الأخضر مع حكة شديدة في الضرج يرافقها احمرار وتحزز. كما تؤدي العدوى بالجياردية اللمبلية إلى الحكة والنجيج الأصضر والاحمرار والتحزز.

ه- الإصابات (العداوى) الجرثومية: تؤدي الإصابات الجرثومية الفرجية والتهيج الجرثومية بأنواعها المختلفة إلى الحكة الفرجية والتهيج والاحمرار، وأهم هذه الإصابات الأورام اللقمية المسطحة (الزهري الثانوي).

\$- الحكات المُوضَعة المُرافقة الأفات جلدية موضعة:
 قد تنجم هذه الحكات عن آفات جلدية موضعة (التهاب

جلد تماسّي أرجي أو تهيجي، أكزيمة مثية ستذكر في سياق الجلادات الحاكة الموضّعة)، أو عن أسباب صماوية كالسكري، أو أن تكون نفسية المنشأ أو عن أسباب رضحية وآلية.

أ- الحكة في الندبات: يدوم إعادة هيكلة الندبات فترة تراوح بين ٦ أشهر وسنتين، ومن الشائع جداً حدوث الحكة المرافقة لالتئام الجروح التي تزول تلقائياً مع مرور الوقت. ولكن تصادف حالات تكون فيها الحكة مزمنة ترافق الندبات الضخامية والجدرات. ومن الشائع أن تكون الحكة في الندبات نتيجة للمنبهات الفيزيائية (الحرارة) والكهربائية والألية والكيميائية (الهيستامين والكينينات والبروستاغلاندينات والكيميائية (الهيستامين شاناً ثابتاً في تحريض الحكة في طور ويبدو أن تلهيستامين شأناً ثابتاً في تحريض الحكة في طور التنام الجروح إذ إن مستويات الهيستامين في الجدرات والندبات الضخامية تتماشى مع مستويات تخليق والندبات الخولاجين.

أما تجدد الأعصاب فحادث يظهر في كل حالات التشام المجروح، إذ تؤدي الألباف C الميالينية (الشخاعيشية) واللاميالينية (واللا نخاعينية) الموجودة في الندبات غير الناضجة وغير الطبيعية إلى تنبيه الحكة.

المعالجة بالمُطريّات والعناصر المضادة للالتهاب مثل الستيروئيدات القشرية الموضعية أو حقناً داخل الأفة وحمض الريتينويك الموضعي وصفائح هلامة السيليكون وحقن الإنترفيرون داخل الأفة.

ب حكة الضروة، قد تظهر حكة الفروة من دون أي تبدل ملحوظ في الجلد، وأكثر ما ترى في متوسط العمر، ويبدو أن هناك غلبة في إصابة النساء العصبيات، كما يبدو أنها ذات علاقة بالشدة النفسية والكرب والإجهاد.

وهناك أمراض جلدية معينة قد تتحدد إصابتها في الفروة فقط وتؤدي إلى حكة موضعة فيها مثل الصدف والأكزيمة المثية والتهاب الجريبات الشعرية.

تعالج هذه الحكة بتطبيق المطريات والستيروليدات القشرية الموضعية، ولكن يبدو أن نتائجها غير مرضية. كما توجه المالجة للمرض الجلدي السبب حين وجوده. وقد تكون مضادات الاكتئاب مفيدة فيها.

ج- الحكة التائية للحروق؛ يعاني نحو ٨٥٪ من المعابين بالحروق من الحكة في أثناء شفاء الحروق ولاسيما حين يتناول الحرق الأطراف العلوية والسفلية، وعلى الرغم من أن الحكة تتراجع تلقائياً غير أنها قد تدوم في بعض الحالات فترة طويلة قد تصل إلى سنوات. ومن الجدير بالذكر أن

مستويات الهيستامين تتوافق مع مستويات تخلق الكولاجين كما في شفاء الجروح. وقد يكون للمورفين - مسكن الألم الانتهائي في الحروق - شأن مهم في تنبيه الحكة.

ومن المهم جداً إدراك دور العقابيل الفيزيائية والوظيفية إضافة إلى الكرب الناجم عن الحرق والتكلفة المترتبة من جراء العلاج والغياب عن العمل في تنبيه الحكة واستثارتها. تعد إصابة الأدمة بالحرق ولاسيما إذا كانت المصابة أنثى من المؤشرات التي تنذر بحدوث الحكة.

المعالجة بالمطريات ومضادات الهيستامين التي نادراً ما تؤدي إلى تخفيف الحكة، ويفضل لذلك استعمال المخدرات الموضعية (الليدوكايين والبريلوكائين) ومشاركة العلاج بالتدليك والاستحمام بالماء الزيتي المضاف إليه دفيق الشوفان الغرواني.

## ثانياً- الحكات المهتهة:

هي الحكات التي تصيب مساحات واسعة من الجلد من دون وجود تظاهرات لأمراض جلدية أولية.

## ۱- الحكة الشيخوخية senile pruritus؛

تنتج الحكة الشيخوخية عن العديد من العوامل؛ إذ يشيع حدوث الأمراض المرمنة في الأعمار المتقدمة مثل المشل الكلوي وخلل أداء الكبد والسكري واضطرابات الدرق، قد تؤدي جميعها إلى الحكة، ومن العوامل المهمة أيضاً في هذه الأعمار التعدد الدوائي polypharmacy الذي يؤدي إلى استثارة الحكة المحدثة بالأدوية.

كما تؤهب الإقامة في دور المسنين لحكة من منشأ معد أو من منشأ احتشاري أحياناً (القمل والسوس).

ويعد جفاف الجلد erosis اكثر الأسباب المؤهبة للحكة الشيخوخية شيوعاً. ويترافق الجفاف مع الضمور ونقص التروية الدموية اللذين يسهمان في تنبيه الحكة أيضاً. ويعاني جلد المسنين من ضعف احتباس الرطوبة moisture ، كما يعزز في إحداث الجفاف اللجوء إلى التدفئة المركزية في دور رعاية المسنين.

تؤدي هذه الموامل بمجملها إلى جفاف الجلد مع ظهور التفلس (التوسف) وغياب الحمامي في معظم الحالات.

التنبير، ينصح المرضى بعدم استعمال الماء الحار أو البارد للاستحمام إضافة إلى اجتناب الصوابين القلوية والاستعاضة عنها بالمنظفات الصنعية المتوازنة كالسنديدات Syndets. كما ينصح المرضى بعدم الاستحمام المتكرر ويفضل أن يجري الاستحمام مرة أو مرتين أسبوعياً على الأكثر، مع مراعاة غسل النواحى ذات الإفرازات كريهة الرائحة كالإبطين

#### والعجان والأليتين.

يجب تطبيق المطريات مباشرة بعد تجفيف الجلد إثر الاستحمام إضافة إلى تطبيقها المتكرر في أشناء النهار. ويمكن الاستعانة بالمركبات الضاعلة عصبياً مثل الأميتريبتيلين والكربامازيبين في الحكات الشيخوخية التالية للأمراض التصلبية العصيدية والحوادث الوعائية الدماغية وتنكس الجهاز العصبي المحيطي.

## aquagenic pruritus عكة الماء - ٣

تحدث حكة المّاء ثانوياً في سياق بعض الأمراض الجلدية والمجموعية، ويجب توافر ثلاثة شروط مهمة لتعريف حكة المّاء وهي:

 أ- ظهور حكة شديدة بعد التماس بالماء بغض النظر عن درجة حرارته أو ملوحته.

ب- ظهور حكة شديدة خلال دقائق من التماس بالماء من دون ظهور علامات جلدية.

إستبعاد الأمراض الجلدية المرمنة والأمراض المجموعية (مثل كثرة الحمر الحقيقية) والتداخل الدوائي الذي قد يكون سبباً.

تتميز الحالة بحدوث حكة تدوم مدة ساعتين تقريباً بعد نحو ٣٠ دقيقة من التماس بالماء، وهي تبدأ في الأطراف السفلية ثم تتعمم، كما أنها تعف عن الرأس والراحتين والأخمصين والأغشية المخاطية.

لا تمرف الأسباب الحقيقية المحدثة لها، وقد وجدت مستويات عالية من الأسيتيل كولين والهيستامين والسيروتونين والبروستاغلاندين E. في البشرة والأدمة.

التنبير، من المفيد قلونة ماء الاستحمام إلى باهاء يعادل PH8، A ، pH8، مع الإعطاء المجموعي للسيب روهيب تادين أو السيميتيدين أو الكوليسترامين، ولكن يبدو أنها جميعها قليلة الفاعلية. يمكن تطبيق الشريط العريض من الإشعاع فوق البنفسجي broad band UVB 8 أو المعالجة الكيميائية الضولية مرضية، كما يبدو أن المعالجة الضولية الكيميائية أفضل في تفريج الحكة.

ويمكن تطبيق كريم الكابساسين capsaicin موضعياً، لكنه قد يكون غير عملي باستعماله فترة طويلة.

#### ٣- الحكة تفسية المنشأ:

وأهمها وُهام (توهّم) الاحتشار بالطفيليات delusion of وأهمها وُهام (توهّم) الاحتشار بالطفيليات الحالة من مصطلح رُهاب phobia الاحتشار بالطفيليات الذي يصف الحالات التي يتخوف فيها المرضى من إمكانية الاحتشار.

أما الوهام فهو اضطراب نفسي أولي، يعتقد فيه المريض على نحو خاطئ تماماً، أنه يعاني من احتشار الطفيليات من دون وجود أي دليل ملموس يؤيد وجود الاحتشار.

وتتجلى الأعراض بوجود إحساس زحف الطفيليات على الجلد أو الإحساس باللدغ. تراوح أعمار معظم المرضى المصابين بهذا الوهام بين ٥٠ و١٠ سنة ومعظمهم من النساء. وقد يصاب الأشخاص في الأعمار الأصغر وهنا تكون نسبة الإصابة واحدة في الجنسين. وكثيراً ما يراجع المريض العيادة الجلدية مصطحباً علبة تحتوي شدها وقطعاً صغيرة جداً مدعياً بأنها طغيليات ينتزعها من جلده وبمراحل مختلفة من دورة حياتها، ويتبين بفحصها مجهرياً أنها ليست إلا خلايا متقرنة أو خيوطاً دقيقة من الملابس.

التعبير، أهم خطوة في المعالجة (قناع المريض بتناول دواء لم تأثير نفسي، وكثيراً ما يُواجه الطبيب بالسؤال القائل؛ كيف يمكن لدواء نفسي أن يبيد الطفيليات? وأفضل طريقة لإقناع المريض فحصاً دقيقاً شاملاً يطمئنُ معه بأن الطبيب قد أخذ شكواه على محمل المجد، كما يجب ألا يتموه الطبيب بأي كلمة أو عبارة قد تفسر تفسيراً خاطئاً من قبل المريض على أنها دعم توهماته.

وأفضل الأدوية ذات التأثير النفسي الموصوفة حالياً هو البيموزيد pimozide، تكنُ له آثار ضارة ولاسيما الأثار خارج الهرمية، كما أنه يؤدي إلى تطاول فترة Q-T على مخطط القلب الكهربائي. ومن المتوقع أن يحل الريسبيريدون risperidone محل البيموزيد لقلة آثاره الضارة.

#### ٤- الحكة المنحة بالأدوية:

تؤدي بعض الأدوية إلى إحداث حكة من دون ظهور طفح جلدي نوعي، وأهم هذه الأدوية الأسبرين والمورفين. ويؤدي إدمان المخدرات كذلك إلى حدوث الحكة من دون ظهور الطفح الجلدي، فيحدث التنمثل formication بعد استعمال الكوكائين ويشعر مدمن المخدرات drug addict كأن العشرات تزحف تحت جلده أو على سطح الجلد مع إحساس بالوخز والحكة الشديدة. وقد تظهر خدوش شديدة على وجوه المدمنين وعلى أطرافهم باستعمال الميشام في المداهية المدينة على وجوه المدمنين وعلى أطرافهم باستعمال الميشام في المداهية المدا

## ٥- الحكة المرافقة لاضطرابات داخلية:

قد تحدث الحكة المعممة نتيجة لاضطرابات وظائف أجهزة الجسم المختلفة أو لوجود خباثة داخلية.

1- الحكة الناجمة عن الفشل الكلوي: يعاني المسابون بالفشل الكلوي المزمن من حكة معممة في كثير من الأحيان، غير أن الأسباب الحقيقية وراءها لا زالت موضع جدل. وقد يكون السبب حدوث فرط الدريقات وما يرافقه من زيادة عدد الخلايا البدينة في أجهزة الجسم، أو تراكم منتجات الكالسيوم والفوسفور المشبعة التي تعمل على تنبيه الحكة، فير أن تقويم هذه التغيرات لا يؤدي إلى تفريج الحكة. وقد تنجم الحكة عن جفاف الجلد لنقص الإفراز المزهمي في المسابين بالفشل الكلوي، كما أنها قد تنجم عن الديال المسابين بالفشل الكلوي، كما أنها قد تنجم عن الديال المسابين بالفشل الكلوي المزمن. ومن الآليات المهمة المحتملة النظرية المناعية القائلة إن زيادة إفراز الإنترلوكين -٢ من اللمفاويات المساعدة المفعلة ينبه الحكة، ويدعم ذلك أن المضاويات المناعة المنت المناعة لا المرضى المزروعة فيهم الكلى ويتتناولون كابتات المناعة لا يعانون من الحكة إلا نادراً.

تتصف هذه الحكة بأنها معممة وتشتد ليلاً وفي هصل الصيف وبعد جلسات الديال.

ب- الحكة دعوية المنشأ: تظهر الحكة المعممة في سياق الكثير من الأمراض الدعوية مثل كثرة الحمر الحقيقية وفقر الدم الناجم عن عوز الحديد واللمفومات وخاصة لمفومة هودجكين وابيضاضات الدم ومتلازمة سيزاري والورم النقيي التعدد واعتلال الغاما غلوبيليني الوحيد.

من الجدير بالذكر أن الحكة هي العرض الأول المؤشر لوجود هذه الأمراض الدموية المذكورة، والعادة أن تكون الحكة دموية المنشأ معممة، غير أنها قد تكون موضعة في بعض الأحيان كما في فقر الدم الناجم عن عوز الحديد.

التدبير، يُعطى الحديد في حالات عوز الحديد ويلاحظ باستعماله انفراج الحكة جيداً، أما في الحكة الناجمة عن كثرة الحمر الحقيقية فمن المفيد تطبيق المالجة الكيميائية الضوئية (السورالينات مجموعياً مع الإشعاع فوق البنفسجي A)، ولا بأس من إعطاء مضادات الهيستامين في الحالات الأخرى.

#### ج- الحكة الصماوية النشأ:

(١)- الحكة التي ترى في فرط الدرقية: تؤدي زيادة الهرمون الدرقي إلى زيادة الاستقلاب النسيجي الذي يفعل الكينينات. كما تنخفض عتبة الحكة بفعل دفء الجلد الناجم عن التوسع الوعائي في فرط الدرقية. وقد تكون الحكة موضعة في الناحية الشرجية التناسلية أحياناً غير

أنها تكون معممة على نحو عام.

يتم تعبير الحكة بضبط الهرمون الدرقي.

- (٢)- الحكة في قصور الدرقية: يؤدي قصور الدرقية إلى جفاف الجلد الذي يؤدي بالنتيجة إلى الحكة. تفرّجُ الحكة بضبط الهرمون الدرقى بإعطاء الليفوتيروكسين.
- (٣)-الحكة في السكري diabetes mellitus: تنجم الحكة في السكري عن عوامل عديدة منها الاعتلال العصبي وجفاف الجلد أويسبب دوائي ويسبب الإصابات الثانوية (الخمائرية في الحكة الفرجية مثلاً). وتكون الحكة موضعة (الناحية الشرجية التناسلية، الفروة) في السكري، ولكنها قد تكون معممة أيضاً. يتم تفريج الحكة الشرجية التناسلية بصبط سكر الدم ومعالجة العداوى الانتهازية، كما قد يكون تطبيق الكابساسين الموضعي مفيداً.
- (1) الحكة في اضطراب الدريقات: قد يضطرب هرمون الدريقات في سياق الفشل الكلوي المزمن منبهاً بذلك الحكة، كما أن لجفاف الجلد شأناً مهماً في تحريض الحكة.
- (ه)- الحكة كيدية المنشأ؛ تتنبه الحكة بضمل الركود الصفراوي سواء أكان الركود الصفراوي سواء أكان الركود الصفراوي سواء أكان الركود الخل الكبد أم ما بعد الكبدي. يحدث الركود الصفراوي في سياق العديد من أمراض الكبد مثل التهاب الكبد B و C و التشمنع الصفراوي الأولي والتشمنع الكحولي وسرطانة القنوات الصفراوية والتهاب القنوات الصفراوية المصلب القنوات المسفراوية المسلب دوائي الأولي، وقد ينجم الركود الصفراوي عن سبب دوائي الكلوريرومازين ومانعات الحمل الضموية والإريثروميسين والتستوستيرون). وقد تكون الحكة معممة أو موضعة: غير انها تبدأ عادة في الراحتين والأخمصين لتنتشر تدريجياً إلى أن تتعمم.

لا يُعرف سبب الحكة كبدية المنشأ على وجه الدقة، لكن يبدو أن لها علاقة بازدياد النشاط الأفيوني وازدياد عدد الخلايا البدينة في الأدمة مع نزع التحبب فيها، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى الهيستامين في البلازما إضافة إلى تراكم بعض الوسائط المنبهة للحكة في أثناء عملية تركيب الأملاح الصف اوية.

يتم تدبير هذه الحكة بإعطاء الكوليستيرامين الذي يُنقص من مستويات الأملاح الصفراوية، أو بإعطاء مضادات الأفيونيات (مثل النالوكسون)، كما يمكن للريفامبيسين أن يضرَح حكة التشمع الصفراوي الأولي وتستطب المعالجة الكيميائية الضوئية (PUVA) ومضادات الهيستامين في

بعض الأحيان.

(٦)- الحكة المعمة والحمل: تنجم عن عوامل مختلفة أهمها الركود الصغراوي وتتجلى بشكل حكة معممة من دون طفح جلدي، وتظهر عادة في الثلث الثالث من الحمل لكنها قد تبدو في وقت أبكر، وغالباً ما تبدأ على البطن ثم تتعمم. تتميز الحكة الحملية بالاشتداد الليلي، كما أنها أشد ما تكون على الجذع والراحتين والأخمصين. وتتصف أنها أكثر تواتراً في الحمول المتعددة مع ميل للنكس في الحمول التالية، أو بعد استعمال مانعات الحمل الفموية.

هناك خطر حدوث الإملاص أو الخداج أحياناً، ويمكن التغلب على ذلك بالمالجة المناسبة، وقد يُضطرُ في بعض الأحيان إلى إنهاء الحمل في الأسبوع ٣٨-

يمكن معالجة الحكة بالكوليستيرامين أو حمض أورسودي اكسي كوليك ursodeoxycholic إضافة إلى الدهونات المبردة مثل دهون الكالامين.

 (٧)- الحكة والخباشة: تظهر الحكة المعممة في سياق الكثير من الخباثات.

- اللمفومات: وأهمها لمفومة هودجكين وهي تسبق تشخيص الداء بسئوات (انظر الحكة دموية المنشأ) وتذا فإنها على غاية من الأهمية. تبدأ هذه الحكة في الأطراف السفلية ثم تتعمم وهي شديدة جداً مع اشتداد ليلي كما يرافقها حس نخز وحرق، يتم تدبير هذه الحكة بمعالجة المرض الأصلى المسبب.
- ابيضاضات الدم: الحكة هذا آخف وأقل تواتراً من تلك
   التي تُرى في اللمفومات وهي أكثر شيوعاً في الابيضاض
   اللمفاوي منها في الابيضاض النقوي.
- كثرة الخلايا البدينة؛ التي توجد في كل من؛ الشرى الصباغي وورم الخلية البدينة المفرد وتوسع الشعيرات اليفعي المستديم وكثرة الخلايا البدينة المجموعي، تضرّج مضادات الهيستامين الحكة، ويمكن أيضاً إعطاء الأسبرين أو تطبيق المالجة الكيميائية الضوئية (PUVA).
- متلازمة المسرطاوي، تتمييز متلازمة السرطاوية مكونة من خلايا مصبية مكونة من خلايا عصبية صماوية، تفرز مواد عديدة، أهمها السيروتونين، كما قد تفرز البراديكينين والمادة PGE والهيستامين والميوقية تعالى عداء المتلازمة بمضادات السيروتونين.
- الأورام الصلبة: لا يعرف بالتحديد سبب الحكة الرافقة لهذه الأورام ولكن قد يكون لعوز الحديد وتراكم المستقلبات

الورمية وجفاف الجلد شأن فيها. تسبق الحكة في كثير من الأحيان تشخيص الورم. وأهم هذه الأورام الصلبة: سرطانة المؤثة (البروستات) التي تؤدي إلى حكة صفنية، والأورام الدماغية التي تؤدي إلى حكة في المنخرين، وسرطانة عنق البرحم التي تؤدي إلى حكة فرجية، وسرطانة القولون والمستقيم اللتان تؤديان إلى حكة شرجية.

(٨)-الحكة ومتلازمة عوز المناعة المكتسب تحدث في سياق متلازمة عوز المناعة المكتسب AIDS أمراض عديدة تسبب الحكة المعممة مثل الإصابات بـ (الجرب والقمل والمبيضات المبيض... إلخ) والتهاب الجلد المثي والطفوح الدوائية. وريما لا يرافق هذه الحكة طفح جلدي وهي تشتد بترقي الداء، أما السبب المرجح هنا فهو فرط سيتوكينات البلازما وجفاف الجلد. والحكة الموضعة غالباً ما تنجم عن الاعتلال العصبي المحيطي الذي يحدث في سياق المرض.

#### الحكاك prurigo:

يقسم الحكاك – وكان يدعى سابقاً الأكال-قسمين: الحاد والمزمن.

## أولاً- الحكاك الحاد:

يحدث الحكاك الحاد إما في سياق بعض الاحتشارات وإما تفاعلاً نحو لدغ الحشرات، وإما في سياق الحكات المعممة المرافقة للأمراض الداخلية المنكورة أعلاه، ولابد من الإشارة إلى أن هذه الحالات تبدأ حادة لكنها تتطور بالنهاية للإزمان (الحكاك المزمن).

#### ١- حكاك لدة الحشرات:

تحقن الحشرات السموم بغرض قتل فريستها، كما أنها تحقن مواد كيمائية عديدة في أثناء اللدغ. تؤدي هذه المواد إلى منع تخثر الدم في أثناء تغذي الحشرة، لكنها قد تنبه أيضاً حدوث تفاعلات أرجية تتجلى بشكل حطاطات حاكة أو انتبارات شروية. تتميز هذه التفاعلات بأنها فردية إذ إنها تعتمد على نمط الاستجابة المناعية. والعادة ألا يحدث تفاعل تجاه اللدغة الأولى للحشرة ولكن بتكرار اللدغ تحدث لدى بعضهم استجابة مناعية متواسطة بالخلايا تتجلى بشكل حطاطات أو انتبارات حماموية خلال يوم إلى أربعة أيام من اللدغ، ويبدي أخرون تفاعلاً مباشراً متواسطاً بالأفراد حدوث الانتبارات خلال دقائق من اللدغ، وقد يتأخر ظهورها لدى بعضهم. وتبدي مجموعة ثالثة من يتأخر ظهورها لدى بعضهم. وتبدي مجموعة ثالثة من الأفراد حدوث تفاعلات من النمطين السابقين. إذ تبدأ الحالة باستجابة مباشرة خلال دقائق متجلية بحطاطات وانتبارات تختفي خلال ساعات ليعقبها حدوث الطفح من جديد خلال

أيام قليلة. يشيع حدوث التنفط والتشكل الفقاعي على الأطراف السفلية، وهذه الحالة أكثر شيوعاً في الأطفال والبالغين من الشباب.

تعالج الحالة بتطبيق ستيروئيد قشري موضعي حين لا تكون الاندفاعات مُوزَعة على مساحات واسعة، كما تعطى مضادات الهيستامين الجموعية.

#### ٢- الحكاك المرافق للاحتشارات:

تحدث حكة معممة في الاحتشار ببعض الطفيليات مثل سوس الجرب وسوس الخيلتيلة cheyletiella mite لا تعرف الألية الحقيقية لهذا الحكاك ولكن يبدو أنه يحدث استجابة مناعية أرجية نحو وجود الطفيلي أو بيوضه.

#### ٣- حكالك الحمل:

لا يمكن تشخيص حكاك الحمل إلا بعد استبعاد كل الجلادات الحاكة النوعية للحمل واستبعاد الأسباب الأخرى المكنة كالأكريمة التأتبية التي قد ترى مصادفة في أثناء الحمل السببيات مجهولة، وقد وجد لدى بعضهم مستويات عالية من الـ IgE كما وجد في غيرهم ركود صفراوي مما يوحي بوجود حالات تراكب بين الركود الصفراوي وحكاك الحمل.

المظاهر السريرية: تتظاهر بحطاطات متسحجة على السطوح الباسطة للأطراف على نحو رئيسي، وذلك في الثلث الثاني والثالث من الحمل، وقد تكون الحطاطات جريبية، تراوح أقطارها بين ٥٠٠ - اسم وقد توجد عليها جلبة مركزية. أو ترى بثرات أو بثرات جريبية غير أنه لا تشاهد النفطات. قد تدوم الافات أسابيع أو أشهراً بعد الولادة والنكس في الحمول التالية مختلف.

الفحص التسيجي: لا نوعي، والتألق المناعي المباشر واللامباشر سلبيان.

التشخيص التفريقي، يجب التفريق بين الحالة وبين كل الجلادات الحاكة النوعية المرافقة للحمل والأمراض الجلدية الحاكة التي تحدث في أثناء الحمل مصادفة. كما يجب استبعاد الركود الصفراوي في الحمل والتهاب الجريبات الجريبات.

المعالجة: لا حاجة إلى المعالجة لعدم وجود خطر على الوالدة أو على الجنين، ولا بأس من إعطاء مضادات الهيستامين المناسبة كالبروميثازين.

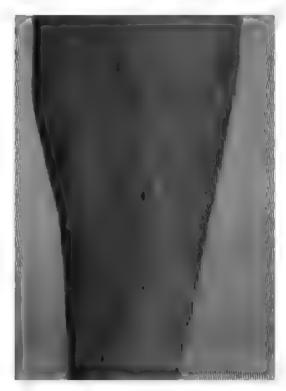
#### ثانياً- الحكاك المزمن:

يدعى الحكاك العقيدي، وله نوعان: أحدهما يتطور تلقائياً وهو مجهول السبب، سيلى شرحه: أما الآخر فيتطور

في سياق الحكات المعممة أو الموضعة المصاحبة للاضطرابات الداخلية أو الأمراض الجلدية الحاكة مثل الأكزيمة التأتبية أو يرافق الاضطرابات النفسية أو الكروب العاطفية. وهذا لا تعرف آليته على وجه التحديد، إذ يُرى في الدراسة النسيجية عدد زائد من الخلايا البدينية مع زوال الحبيبات في اليوزينيات، وتضخم الأعصاب في الأدمة الحليمية، كما يلاحظ وجود تضاعل مناعي زائد نحو المادة P وببتيد الكالسيتونين المرتبط بالجين. لكن السؤال الذي مازال جوابه غامضاً هو هل لهذه التغيرات شأن مسبب أو أنها نتيجة حتمية للخدش المزمن ؟

الحكاك المقيدي nodular prurigo: هو حالة جلدية مزمنة تتميز بوجود عقيدات ولويحات متعددة ذات جلبة مركزية ناجمة عن الحكة الشديدة في كثير من الأحيان. ويصيب عادة الأشخاص أصحاب البنية التأتبية.

المظاهر السريرية، يتميز الحكاك العقيدي بحدوث حطاطات أو عقيدات قاسية (الشكل ۲) بشكل القبة -dome دات جلبة حرشفية مركزية shaped دات جلبة حرشفية مركزية scale-crust، يراوح لونها من الحُماموي إلى البني أو تكون بلون الجلد الطبيعي، وقد يصبح سطح الأفات التي تدوم طويلاً ثؤلولياً أو متحززاً أو متشققاً fissured. وترى في كثير من الأحيان خدوش متعددة مع فرط تصبغ تالية للالتهاب وندبات سطحية. وقد تكون



الشكل (٢) حكاك عقيدي

الأفات قليلة العدد أو تكون في بعض المرضى بالثنات. وتتوضع عقيدات هذا الحكاك على الوجوه الباسطة للأطراف، أما إصابة الوجه والراحتين والأخمصين فنادرة.

السببيات: يعتقد أن الحكة المزمنة وما يصاحبها من خدش واحتكاك rubbing (دلك) مسؤولة عن تطور الحالة. أما الحكة فقد تكون ناجمة عن أي مرض حاك سواء أكان جلدياً أم مجموعياً.

الفحص النسجي: تبدي الدراسة النسيجية فرط تقران ورات وسواك بؤريين، كما قد يرى ورام حليمي papillomatosis مع تكاثر البشرة تكاثراً غير منتظم، أما الأدمة فتبدي رشاحة التهابية لا نوعية، أما التضخم العصبي فمختلف الحدوث.

التشخيص التضريقي، يتضمن الاضطرابات الثاقبة وشبيه الفقاع العقيدي والأورام الحرشفية المتقرنة المتعددة وأورام الخلايا الحبيبية وانحلال البشرة الفقاعي الحكاكي والحزاز المسطح الضخامي، ولا بد هنا من ذكر الجرب العقيدي حين تكون الأفات محددة العدد.

التعبير والمالجة: من الهم استبعاد كل أسباب الحكة سواء أكانت مجموعية أم جلدية عامة أم جلدية موضعة. وقد يستوجب الأمر إجراء الاختبارات الدموية المختلفة بحثاً عن الأفات المجموعية المشتبه بأنها السبب.

إن الأفات الجلدية الخاصة بالحكاك العقيدي والحكة الناجمة عنها عصية على العالجة بأشكالها المختلفة. ومن المهم جداً كسر الدائرة المعيبة «الحكة - الخدش»، كما يجب تنبيه المرضى تحقيقة الخدش الذي قد يؤبِّد الأفات. يجب أن تسير المالجة وفق خطين رئيسين؛ الأول المالجة الجلدية، والثائى الاستعانة بمعالجة مضادة للاكتئاب إضافة إلى مضادات للحكة. يتميز الدوكسيبين بأنه مضاد للحكة وللاكتئاب وللقلق وللهيستامين بآن واحد، أما من الناحية الموضعية فينصح بالمركبات المطرية والمضادة للحكة الحاوية المُنثولُ والفينولُ كالبراموكسينَ. تفيد كذلك الستيروليدات القشرية الموضعية الفعالة والقوية الفعل، وتساعد الضمادات الكتيمة على تعزيز نفوذية الدهونات الوضعية كما أن لها شأناً مهماً في الحماية من الخدش المتكرر، يمكن حقن الديكساميثازون أو التريامسينولون داخل الأفات حين تكون محدودة العدد. كما يمكن الاستعانة بالمعالجة الضوئية بالإشعاع فوق البنفسجي B أو المعالجة الضوئية الكيميائية PUVA حين يشكو المريض من أعداد كبيرة من التوضعات الجلدية.

يمكن في الحالات التي لا تستجيب للمعالجات المذكورة

أعلاه إعطاء السيكلوسبورين بجرعة قدرها ٣-٥, ٤ ملغ/كغ/ يوم أو الثاليدوميد ١٠٠٠-٣٠٠ ملغ/يوم.

# بعض الجلادات الحاكة المُوضَّعة:

## ١- الحزاز البسيط المزمن:

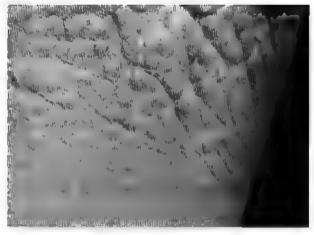
كان يدعى سابقاً الحزاز المحصور أو التهاب الجلد العصبي، وهو اضطراب ناجم عن الحكة الشديدة للجلد، يندر تظاهره في الأطفال.

المظاهر السريرية: (الشكل ٣)، يتجلى الحزاز البسيط المزمن lichen simplex chronicus بظهور لويحات مضرطة التصبغ متحززة لها قوام الجلد الاصطناعي leathery، يغلب أن تنجم عن الخدش والدلك والاحتكاك الاعتبادي، ويعد كل من التأتب والجفاف من العوامل المؤهبة. تتصف الأفات بحوافها المحددة بوضوح مع ميل لإصابة الناحية القذالية وقفا الرقبة في النساء، والعجان والصفن في الرجال، والنواحي الأخرى المفضلة للإصابة هي المعصمان والرسفان والسطوح الباسطة للنراعين والساقين.

المتدبير: كما في الحكاك العقيدي يجب كسر الدائرة المعيبة الحكة - الخدش، ويجب مقارية المريض بالوسائل العلاجية المتعددة، وتمنح المنكيات moisturizers والمُطريات فسمانا فرجاً مباشراً للحكة وللجفاف حين وجوده، كما تفيد الستيروئيدات القشرية الموضعية تحت ضماد كتيم في تفريج الحكة إضافة إلى كونها حائلاً يمنع الحكة والرضوح الصغيرة التي تفاقم الحالة، وتوقف الستيروئيدات بحقنها داخل الأفة الحكة وتنقص حجم الأفات.

قد تفيد مضادات الحكة ومضادات الهيستامين المجموعية في تخفيف المحكة، ويحتاج بعض المرضى إلى استشارة طبيب الأمراض النفسية الذي يساعد على سبر العوامل التي تؤدي إلى المخدش والدلك المتكررين.

قد يتحدد هذا الداء بتوضعه في النساء في الفرج أو الناحية المحيطة بالشرج، وهنا قد تكون الأفات لا عرضية أو قد تكون مصحوبة بحكة شديدة وألم مُوضَع، قد يؤديان إلى عسرة التبول والم حين التبرز (يتظاهر في الأطفال على شكل إمساك). قد تبدأ الأفات بشكل بقعة حُماموية واضحة الحدود مرتضعة قليلاً على سطح الجلد، ومن ثم يظهر الجفاف والتصلب ناقص التصبغ. أو أنها تبدأ بلون كدمي الجنسي في الأطفال. ومن المهم جداً عدم إغفال إمكانية ترافق الحزاز المتصلب والانتهاك الجنسي الحزاز المتصلب والانتهاك الجنسي الحزاز المتصلب والانتهاك الجنسي إلى يتحرض الأول





الشكل (٣) الحزاز البسيط المزمن في الأعلى: على الناحية القفوية، تال لالتهاب جلد سفعي مزمن. في الأسفل: على ظهر القدم.

الأضطراب في الذكور في الناحية المحيطة بالشرج ولكن هذا نادر جداً.

تعد الستيروئيدات القشرية الموضعية القوية الضاعلية العلاج الانتقائي الأول العالجة الحزاز التصلبي والضموري، ويبدو ذلك في الظاهر متناقضاً مع وجود الضمور غير أنه لا بد من إيقاف الحادث الالتهابي، علماً بأنها غير فعالة في تخفيض التصلب. يُعدُ بروبيونات الكلوبيتازول أفضل

الستيروثيدات القشرية قوية المفعول للتطبيق الموضعي، كما ينجع حقن التريامسينولون أسيتونيد داخل الأفات.

#### ٣- الأكزيمة التأتبية:

قد تتحدد الإصابة بها في نواح جلدية معينة كأن تكون محيطة بالحجاج أو أن تتوضع في الحفرة المأبضية أو الحفرة أمام المرفق (الشكل ٤) أو على السطوح الباسطة للأطراف. وتؤدي الحكة الشديدة لهذه الأكزيمة وما ينجم عنها من حكَ متكرر إلى حدوث التحزز أو الحزاز البسيط المزمن وربما الحكاك العقيدي.



(الشكل ٤) إكزيمة تأتبية موضعة في الحضرتين أمام المرفقين، لاحظ التحزز وخطوط الخدش

ولا بد هنا من التطرق للنخالية البيضاء التي هي مظهر مصغّر للأكزيمة التأتبية.

النخالية البيضاء؛ هي نمط أصغري من الأكزيمة التأتبية، أي إنها جلاد ذو درجة أكزيمية منخفضة. وهي شائعة نسبياً، كما أنها تؤدي إلى مشكلة تزويقية على درجة من الأهمية في الأفراد ذوي الجلد القاتم.

اثويائيات: أكثر ما ترى النخائية البيضاء pityriasis alba في الأطفال والمراهقين، لكنها قد ترى نادراً في البائفين. وهي أكثر وضوحاً وأكثر شيوعاً في ذوي الجلد القاتم وهي أكثر الاضطرابات إحداثاً لنقص التصبغ لدى الأطفال. تتميز النخالية البيضاء بترافقها الأكزيمة التاتبية، إذ إن معدل انتشارها بين الناس عموماً نحو الا، في حين يقارب معدل الانتشار الـ ٣٧٪ في التاتبيين.

المظاهر السريرية؛ تتميز الحالة بظهور بقع صغيرة

متعددة ناقصة التصيغ بقطر ٥, ٥-٢سم، على الوجه وعلى نحو خاص على الخدين، وقد تتوضع الاندفاعات على الأطراف العلوية والكتفين. قد تبدأ الأفات بدور حماموي، غير أن هذا الدور لا يدوم طويلاً ويراجع المريض الطبيب بعد ظهور نقص التصبغ وتوسف نخائي الشكل، يشتد الاضطراب صيفاً (أكثر وضوحاً في الجلد السفعي «الاسمراري» tanned skin). وقد يدوم نقص التصبغ أشهراً أو سنوات ولكنه يتراجع في النهاية.

التشخيص التفريقي، لا بد من التفريق بين النخالية البيضاء وبين البهق الذي يتميز بغياب الميلانين الكامل وينموذج توزع مختلف ويحواف شديدة الوضوح، كما يجب تمييزها من الوضح الصدفي psoriatic leukoderma الذي نادراً ما يتوضع على الوجه ويرافقه اندفاعات صدفية فاعلة في نواح آخرى من الجسم، وكذلك يجب تمييزها من النخالية المبرقشة التي نادراً ما تصيب الوجه والتي يمكن تمييزها مجهرياً برؤية الخمائر والأشكال الخوطية hyphal في الكشاطات الجلدية المعالجة بهيدروكسيد

المالجة: لا توجد معالجة فعالة، ويبدو أن الرهيمات الحاوية الستيروئيدات ليست أكثر فعالية من المطريات. وقد تؤدي المعالجة الضوئية إلى نتائج مخيبة للأمال.

## الأكزيمة التماسية والتهيجية:

من الطبيعي أن يتوضع هذا النوع من الأكزيمة في نواحي التماس على الرغم من أنه في الإصابة بنمط الأكزيمة الأرجية قد يمتد إلى ما بعد حدود التماس (الشكل ٥).

#### ٥- الأكزيمة الثقالية (الانجذابية):

وتصيب القسم السفلي من الساقين، وقد يؤدي تطور الحالة إلى حدوث القرحات الثقالية.



الشكل (٥) إكزيمة تماسية أرجية، لأحظ الحواف الواضحة مع امتداد تحمامي خميفة خارج حدود التماس



الشكل (١) إكزيمة منعدمة الزهم على القسم السفلي من الساق

## "- الأكريمة منعدمة الزهم asteatotic eczema:

تصيب الأكزيمة منعدمة الزهم كل نواحي الجسم لكنها أكثر توضعاً على الساقين (الشكل ٦)، وهي تشيع لدى كبار السن ولاسيما الموجودون في دور رعاية المسنين لتبني أسلوب التدفئة المركزية في تلك المراكز عادة.

#### ٧- الأكزيمة المثية:

قد تقتصر الأكزيمة المثية على إصابة الفروة سؤدية إلى حكة موضعة فيها. وقد تختلط الحالة بالتهاب الجريبات الشعرية وهي نفسها من الاضطرابات المحدثة للحكة.

#### ٨- صدفية الثنيات:

تؤدي الصدفية الثنيوية حين توضعها في العجان والناحية المحيطة بالشرح والصفن إلى الحكة الموضعة الشديدة.

# ١٧ الآفات الفطرية والجرثومية والخمائرية والطفيلية والفيروسية:

يمكن لهذه الإصابات (العداوى) أن تكون بمجموعها موضعة وعلى وجه الخصوص في الناحية التناسلية والناحية المحيطة بالشرج، كما أنها جميعها تؤدي إلى الحكة الموضعة (داء المعرات المهلية وداء الجيارديا اللمبلية وقمل العائة والتهاب المهلل والفرج بالعنقوديات...(لخ).

ومن الجدير بالذكر أن الحلا (الهريس) النطاقي الذي يتميز بتوضعه القطاعي (الشكل ٧)، والذي كثيراً ما يُسبق بحس نخز أو حرق أو خدر أو حكة تسيطر فيه الحكة والألم بعد ظهور الطفح الجلدي.





الشكل (٧) الحلا (الهريس) النطاقي، لأحظ الإصابة القطاعية

١٠ قد تتوضع الثخالية الوردية غير النموذجية في الأربيتين مسببة حكة موضعة فيهما.

وهناك كثير من الجلادات التي قد تكون موضعة وتؤدي إلى الحكة في بعض الأحيان.

يتم تدبير الحكة في كل الأمراض المنكورة بمعالجة الحالات الأصلية المسببة لها.

# أولاً- التهاب الجلد التأتبي:

يعرف التهاب الجلد التأتية، وهو التهاب جلد حاك بشدة ينجم عن تفاعل معقد بين الاستعداد الوراثي المؤدي إلى ينجم عن تفاعل معقد بين الاستعداد الوراثي المؤدي إلى اضطراب في الوظيفة الحاجزية للجلد، وعيب defect في الجهاز المناعي مؤدياً إلى ازدياد الاستجابة المناعية للمؤرجات مثل الأطعمة والمواد المستنشقة والمستضدات الجرثومية. وقد تبدو في العائلات المسابة بالأكزيمة التأتيية حوادث ربو، ورشح تحسسي. ومع أن الاستعداد للإصابة بالتهاب الجلد التأتيي يورث ولكن الوراثة لا تتبع فيه نمط مندل. وقد ازداد حدوث مرض التأتي منذ سنة ١٩٦٠ وخاصة في المدن الصناعية مما يشير إلى شأن العوامل المحيطية البيثية في إظهار المرض.

تزداد شبة الإصابة بالتأتب عند الطفل إذا كان أحد الأبوين مصاباً؛ إذ يصاب أكثر من ثلث الأطفال بالتهاب الجلد التأتبي لأم تأتبية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة في حين يصاب نصف الأطفال بأعراض أرجية بعمر السنتين وتزداد النسبة إلى ٧٠٪ إذا كان الأبوان مصابين.

#### التصنيف والظاهر السريرية:

يمر التهاب الجلد التأتبي يثلاث مراحل:

- التهاب الجلد التأتيي في الرضع: يحدث من الشهر
   الثاني حتى عمر السنتين.
- التهاب الجلد التأتبي في الأطفال، يحدث من عمر السنتين إلى عشر سنوات.
  - التهاب الجلد التأتبي في الكهول.

ولا يوجد مظهر واحد مميز للـ AD ولا تحريات مخبرية مشخصة له: لذا يعتمد التشخيص على مجموعة من الموجودات التشخيصية التي وصفت من قبل حنيفين ورجكا .Hanifin & Rajka

#### مظاهر التهاب الجلد التأتبي:

۱- المطاهر الرئيسة؛ بتطلب تشخيص AD أن يكون لدى الريض ثلاثة من المطاهر التالية:

- 25-11 a
- الشكل والتوزع الوصفي للأفات: تحزز السبطوح الانعطافية، وإصابة السطوح الانبساطية والوجه عند الرضع والأطفال.

#### التهاب جلد مزمن وناكس.

 قصة مرضية شخصية أو عائلية للإصابة بالتأتب (الربو، التهاب الأنف التحسسي، التهاب الجلد التأتبي).

٧- الموجودات الشائعة الأخرى: جفاف الجلد، وطيات دني موركان Dennie - Morgan. والهالات السود حول العينين وشحوب الموجه والتخالية البيضاء القاصرة، والتقران الجرابي، والسماك الشائع وظهور خطوط ملحوظة في جلد الراحتين والأخمصين وكتوبية الجلد، البيضاء، والتهاب الملتحمة، والقرنية المخروطية، والساد المحفظي الأمامي، وارتفاع الغلوبولين المناعي المصلي IgE، والارتكاس المباشر للاختيار الجلدي.

## تناقص الوظيفة الحاجزية للجلك التأتبي decreased : skin barrier function:

برافق الـ AD نقص وظيفة الجلد الحاجزية التي تتجلى سريريا بجفاف الجلد اتذى يئال خاصة الناطق غير الالتهابية، كما يرافق هذا الجفاف تبدلات شكلية وفيزيائية وكيميائية حيوية. يتبدل التركيب الكيميائي للببيدات البشروية عند التأتبيين كماً وكيفاً. كما أن نقص هذه الوظيفة يرجع إلى تراجع الفلاف التقرني (فيلاغرين filaggrin وتوریکرین loricrin)، ونقص مستوی السیرامیدات، وزيادة مستوى الإنزيمات الحالة للبروتيتين داخلية المنشأ وزيادة خسارة الماء عبر البشرة. يؤدي استعمال الصوابين والمنظفات الزائد إضافة إلى جفاف الجلد إلى ارتضاع pH الجلد ورفع فعالية البروتياز الداخلية المنشأ مؤدياً إلى نقص الوظيفة الحاجزية للجلد. كما قد تتخرب هذه الوظيفة بفعل التعرض للبروتياز خارجية النشأ مثل غبار العث النزلي والمنقوديات المذهبة، وتزداد هذه الحال سوءاً بسبب غياب بعض مثبطات البروتياز الداخلية في الجلد التأتبي. علماً أن هذه التبدلات البشروية تساعد على زيادة تضوذية المحسسات عبر الجلد وعلى سهولة الاستعمار الجرثومي،

## التشريح المرضى لالتهاب الجلد التأتبي:

يبدي الجلد السليم سريرياً عند المسابين بالتهاب الجلد التأتبي فرط تنسيّج بشروي ورشاحة خفيفة، وتتناثر الخلايا اللمفاوية التائية حول الأوعية.

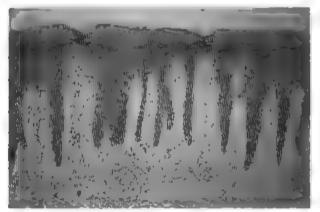
تتصف الأفات الأكريمائية الحادة بودّمة شديدة بين الخلايا البشروية (تسفنج). وتبدي الخلايا المقدمة

للمستضد (خلايا لانفرهانس والبالعات الكبيرة) في الجلد المستضد (خلايا لانفرهانس والبالعات الكبيرة) في الجلد المسليم الجزيئات السطحية الرابطة للغلوبولين المناعي E (IgE). كما تشاهد في البشرة رشاحة متناثرة وخفيفة من الخلايا التائية. أما في الأدمة فتتدفق الخلايا الثائية مع وجود بعض البالعات ووحيدات النوى أحياناً. تحتوي هذه الرشاحة اللمفاوية الخلايا الثائية معطلة المناكرة الحاملة لـ CDS وCD4 وCD5 مشيرة إلى التعرض السابق للمستضد. ومن النادر وجود الحمضات في التهاب الجلد التأتبي الحاد، أما الخلايا البدينة فتكون موجودة بأعدادها الطبيعية وفي جميع مراحل إفراغ حبيباتها degranulation المحبيباتها .

تتصف الأفات المزمنة المتحززة بفرط تنسج البشرة وتطاول الاستطالات البشروية، وفرط تقرن شديد وتسفنج ضئيل (الشكل ۱)، إضافة إلى زيادة خلايا لانفرهانس الحاملة لله [ع] في البشرة، كما تسيطر البالعات الكبيرة في الرشاحة الخلوية الأدمية. يزداه عدد الخلايا البدينة ولكنها تكون محببة. تغيب العدلات في الأفات الجلدية حتى مع حدوث خمج ثانوي بالعنقوديات المنهبة. وتشاهد زيادة عدد الحمصات في الأفات المزمنة. تنحل هذه الخلايا مع تحرر حبيباتها البروتينية في الأدمة العليا للجلد المصاب. يعتقد أن الحمضات تسهم في الألتهاب التحسسي بإفرازها السيتوكينات والوسائط التي تزيد الالتهاب التحسسي وتحرض على أذية النسج في التهاب الجلد التأتبي خلال السيتوكينات والوسائط التي تزيد الالتهاب التحسسي التحسسي وتحرض على أذية النسج في التهاب الجلد التأتبي خلال التناج وسائط الأكسجين الارتكاسي المحلد التأتبي خلال التناج وسائط الأكسجين الارتكاسي المعامة.

### الإمراض المناعي immunopathology:

يزداد حدوث التهاب الجلد التأتبي لأسياب متعددة: فإضافة إلى العامل الوراثي القوى يبدو أن للعوامل البيئية



الشكل (١) التبدلات النسيجية للأشكال المزمنة من التهاب الجلد التاتبي

شأناً في حدوثه أيضاً. كما يبدو أن الأفات تحدث نتيجة ارتكاسات مناعية لستضدات مختلفة. ومع أن العامل المناعي هو الأساسي والأهم في حدوث الأعراض والعلامات يبقى لاضطراب الوظيفة الحاجزية للجلد وللارتكاسات الوعائية والعصبية شأن مهم أيضاً.

يحدث التهاب الجلد التأتبي نتيجة تحرر بعض السيتوكينات والكيموكينات موضعياً؛ إذ يتحد السيتوكين المستحرر مثل عامل التنخر الورمي ألضا (TNF-Q)، والأنترولكين (أ-11) من خلايا الجلد (الخلايا البشروية، الخلايا البديئة، الخلايا ذات التغصنات) ومستقبلات الخلايا البطانية للأوعية الدموية، منشطاً السبل التي تؤدي إلى تحريض جزيئات الالتصاق لتلك الخلايا؛ مما يؤدي إلى ارتباط الخلايا الالتهابية وتفعيلها والتصاقها بالخلايا البطانية ومن ثم خروجها إلى الجلد استجابة لمدروجات الانجذاب الكيميائي التي تشكلها الكيموكينات المنبثقة من أماكن الإصابة أو الخمج.

يرافق التهاب الجلد التأتبي الحاد إنتاج سيتوكينات الخلايا التنائية المساعدة نمحة ٢ (Th2) بخاصة الخلايا التنائية المساعدة نمحة ٢ (Th2) بخاصة لله الدال الدال الدال النمطي الفلويولين المناعي (IgE) وتنظم ظهور جزيئات الالتصاق على الخلايا البطانية. أما السيتوكين 1-LL فيتداخل في تطور الحمضات واستمرار حياتها ويغلب وجوده في التهاب الجلد التأتبي المزمن، مما يؤدي إلى ارتفاع مستوى IgE والحمضات في النسج والدم المحيطي، أما الأنترلوكين ١٠ فيثبط فرط الحساسية المتأخرة.

ذكر أن زيادة انتاج المعامل المحرض المستعمرة الخلايا granulocyte macrophage colony- الحبيبية البالحة التاتبي يؤدي إلى تثبيط الموت الخلوي المبرمج لوحيدات النوى وبالتالي يؤدي إلى الموت الخلوي المبرمج لوحيدات النوى وبالتالي يؤدي إلى المتمرار التهاب الجلد. كما يسهم في استمرارية التهاب المجلد إنتاج السيتوكينات 12-12 و 18-12 المسابهة المنتج الخلايا التائية المساعدة النمط ( (Thi-Like )، وعدد كبير من السيتوكينات التي تتداخل في إعادة القولية تشمل الأنترالوكين ١١ (١١-١١) وعامل النمو المحول 1β .

# وتوجد أنواع أخرى من الخلايا لها شأن في التهاب الجلد التأتبي منها:

antigen presenting cells: الخالايا المقدمة للمستضد يحتوي جلد المماب بالالتهاب التأتبي نوعين من الخلايا

ذات التفصنات عالية الألفة الحاملة لستقبلات ال: IgE، هما خلايا لانفرهانس (Langerhans cell (LC) والخلايا ذات التفصئات البشروية الالتهابية. تخلايا لانفرهانس الحاملة للـ IgE شأن أساسي في تقديم المؤرجات الجلدية إلى الخلايا التائية المساعدة (TH2) المنتجة للأنترلوكين (L4)). كما تستطيع خلايا لانفرهانس الحاملة للـ IgE في الأفات الجلدية أن تقدم المحسسات الاستنشاقية إلى الخلايا التاثية في حين لا تستطيع خلايا لانفرهانس غير الحاملة للـ lgE أن تقوم بهذا الدور؛ ثذا فإن هذه النشائج توحي أن وجود مستقبلات الـ lgE على LC يسهل عملية التقاط المؤرجات وإدخالها إلى داخل هذه الخلايا قبل معالجتها وتقديم المستضد إلى الخلايا التالية. كما تقوم خلايا لانضرهانس التي التقطت الحسس بتفعيل خلايا TH2 الذاكرة في الجلد التأتبي لكنها قد تهاجر إلى العقد اللمفية لتحرض الخلايا التائية السادجة TC naive مؤدية إلى زيادة عدد الخلايا التائية (TH2).

يحتوي الجلد المصاب بالالتهاب التأتبي عدداً قليلاً من الخلايا المصورية الشكل plasmacytoid التي تسهم في مناعة الجسم ضد الأخماج القيروسية.

٧- الخلايا التالية T cells البطد الحاوي على الخلايا التائية الناكرة شأن مهم في الآلية الإمراضية الالتهاب الجلد التأتبى، وخاصة في المرحلة الحادة من المرض.

بينت عدة دراسات وجود الخلايا التائية المساعدة ٢ المشابهة (TH2-like) في التهاب الجلد التأقبي الحاد التي تنتج السيتوكينات المسببة لالتهاب الجلد الأرجي. كما تحرض خلايا TH2 تفعيل الخلايا البشروية المبرمج وموتها.

أما في مرحلة الالتهاب المزمن فتحدث زيادة في الخلايا التائية المساعدة المشابهة ( THI- like) التي تنتج الـ γ- . IFN وصف حديثاً نوع آخر من الخلايا التائية هي الخلايا التائية هي الخلايا التائية المنظمة (Treg) التي لها شأن مثبط مناعي وصيغ مختلفة من السيتوكينات. يمكن لخلايا (Treg) تثبيط الاستجابة لتشكيل THI، و17. ومن المهم أن المستضدات الفوقية لتخرب وظيفة الفوقية تخرب وظيفة خلايا Treg الكابحة وبالتالي تزيد التهاب الجلد،

7- الخلايا القرنية keratinocytes؛ للخلايا القرنية شأن مهم في زيادة الالتهاب في الجلد التأتبي. تفرز هذه الخلايا صيفة خاصة من السيتوكينات والكيموكينات بعد تعرضها لسيتوكينات قبل الالتهابية pro- inflammatory، تشمل مستويات عالية من الـRANTES (regulatedon activation.)

التحريض بالد normal T-cell expressed and secreted) بعد التحريض بالد prormal T-cell expressed and secreted. INF- $\alpha$  والد  $\gamma$ -INF- $\alpha$  التيموسي TNF- $\alpha$  التنيموسي الموسينات على إفراز الـ IL-13 وIL-4 من الخلايا التالية الساذجة naïve.

تؤدي الخلايا القرنية دوراً رئيساً في الاستجابة المناعية الفطرية (الخلقية) innate من خلال وجود: مستقبلات خاصة (مستقبلات شبيهة بحاجز الرسوم toll - like خاصة (مستقبلات شبيهة بحاجز الرسوم receptors)، وإنتاج سيتوكينات قبل الالتهابية، وإنتاج ببتيدات مضادة للجراثيم وذلك استجابة لرض الأنسجة أو للفزو الحرثومي.

بينت عدة دراسات أن الخلايا القرنية في الجلد التأتبي تنتج كمية قليلة من البيبتيدات المضادة للجراثيم وهذا ما يؤهبها للاستعمار الجرثومي والخمج بالعنقوديات المذهبة، والفيروسات والفطور. يكون هذا الخلل مكتسباً نتيجة تثبيط سيتوكينات المخلايا التأثية المساعدة ٢ -13, TH2 لتشكيل البيتيدات المضادة للجراثيم المحرض بالإنترفيرون غاما ٢-١٥٠١٤.

#### الهراكة

يورث الأستعداد للإصابة بالتهاب الجلد التأتبي، ولعدة مورثات شأن في إحداث المرض، وللمورثات المسؤولة عن عمل الجلد بصفته حاجزاً (مورثات التمايز البشروي، مورثات الاستجابة المناعية، ومورثات دفاع الثوي) شأن أساسي في حدوث AD.

وعلى الرغم من وجود العديد من المورثات التي لها شأن في الإصابة بالـ AD فإن الاهتمام يتركز على المورثات المسؤولة عن الوظيفة الحاجزية والتمايز البشروي للجلد وعلى مورثات الاستجابة المناعية ودفاعات الثوي.

إن الطفرات التي تؤدي إلى فقد وظيفة البروتينات البشروية المسؤولة عن الوظيفة الحاجزية للجلد مثل الفيلاغرين filaggrin هي عامل مؤهب أساسي للإصابة بالـ AD وبالسماك الشائع المرافق للـ AD.

أظهرت الدراسات ايضاً شأن مورثة أخرى spinks تظهر في الطبقة العليا للبشرة حيث تعمل منتجاتها على تثبيط نوعين من البروتياز المصلي لهما دور في التوسف والالتهاب هما:

stratum stratum corneum tryptic enzyme (SCT)

SCT enzyme ، ويزداد وجود corneum chymotryptic (SCCT)
في الـ AD مما يوحى أن حدوث عدم توازن بين البروتياز

ومثبطات البروتياز له شأن في إحداث التهاب الجلد التأتبي، مما يدل على أهمية وظيفة الجلد الحاجزية في إمراضية التهاب الجلد التأتبي؛ لأن ضعف هذه الوظيفة يسمح بزيادة ضياع الماء عبر البشرة وزيادة نفوذية الجلد للمؤرجات والمستضدات والمواد الكيميائية من المحيط الخارجي مؤدية إلى استجابة التهابية في الجلد.

ومن المهم معرفة أن طفرات الفيلاغرين هذه وطفرات أخرى تصيب الوظيفة الحاجزية للجلد قد تحدث عند أشخاص سليمين غير مصابين، وعند المصابين بالسماك الشائع الذين لا يشكون من الـ AD، وأن غالبية مرضى الـ AD الفاقدين لهذه الوظيفة الحاجزية يصابون بالتهاب الجلد مما يدل على أن لمنتجات جيئات أخرى شأناً في إمراضية الـ AD.

## دور الحكة في التهاب الجلد التأتبيء

تعد الحكة من الأعراض الرئيسة في التهاب الجلد التأتبي AD. وتتجلى بضرط ارتكاس الجلد وحكة شديدة بعد التعرض للمواد المؤرجة، وتغير الرطوية، وفرط التعرق وتراكيز ضئيلة من المخرشات. من المهم السيطرة على الحكة لأن الرض الميكانيكي من خدش الجلد يمكن أن يحرض تحرر سيتوكينات ما قبل الالتهابية والكيموكينات مؤدياً إلى حلقة مفرغة من الخدش والحكة ما يؤدي إلى استمرار الاندفاعات الجلدية في AD.

ان استجابة الحكة للمعالجة بالستيرونيدات القشرية ومثبطات الكالسينورين calcineumne يوحي أن للخلايا الالتهابية شأناً مهماً في الحكة. ومن الجزيئات التي لها شأن في الحكة أيضاً السيتوكينات المشتقة من الخلايا التائية مثل 31.11 والببتيدات العصبية المحرضة بالشدة النفسية والبروتياز الفعال مثل البروتياز الذي يعمل على مستقبلات البروتياز المفعلة، والإيكوزانوئيد eicosanoids، والبروتيات المشتقة من الحمضات.

#### الموجودات السريرية:

يبدأ التهاب الجلد التأتبي على نحو وصفي في أثناء الطفولة الأولى. إذ يظهر المرض عند نحو ٥٠٪ من المرضى في السنة الأولى من الحياة، وعند ٣٠٪ بين السنة الأولى والخامسة. ويظهر لدى ٥٠-٨٪ منهم التهاب أنف تحسسي أو ريو.

#### ١- الأفات الجلدية:

يختلف توزع الأفات الجلدية باختلاف عمر المريض وفعالية المرض.

1- التهاب الجلد التأتبي في الرضع بيظهر التهاب الجلد التأتبي عند الرضع في - 7% من الحالات في أثناء السنة الأولى، وتبدأ عادة بعد الشهر الثاني بحمامي وتوسف الخدين (الشكل). قد ينتشر الالتهاب إلى الفروة والرقبة والجبين والمصمين والسطوح الانبساطية للأطراف، وتعف الأفات عادة عن منطقة الحفاض. قد تكون الأفات حمامية والخمج الثانوي مثل: الجلبات والبثرات والتحزز. يختفي التهاب الجلد بعد السنتين من العمر. يتفاقم التهاب الجلد التنتيع والأخماج الفيروسية.



الشكل (٢) أكزيمة الرضع (التأتبية) في الوجه

يتراجع الالتهاب جزئياً في فصل الصيف ويعاود في فصل الشتاء، وقد ينجم ذلك عن الفعل المعالج للأشعة فوق البنفسجية (UVB) والرطوبة. يتفاقم الالتهاب في فصل الشتاء بسبب الألبسة الصوفية وجفاف الجو. وشأن الأطعمة في التهاب الجلد التأتبي عند الأطفال والرضع موضع للجدل، يذكر منها الحليب والبيض والفول السوداني والجوز والبندق والسمك والصويا.

ب التهاب الجلد التأثين في الأطفال: يظهر التهاب الجلد التأتبي المزمن مع تحرّز عند الأطفال الأكبر سناً وحين إزمان الالتهاب، تتوضع الأفات في السطوح الانعطافية



الشكل (٣) التهاب جلد ثاتبي متحرّز في الحفرتين المنبضيتين

للأطراف (الشكل ٣). وتتراجع مع تقدم العمر.

ج- التهاب الجلد التأتبي في الكهول؛ يبقى الجلد مؤهباً عند البالغين للحكة والالتهاب حين تعرضه للمخرشات الخارجية. قد تكون أكزيمة اليدين أول تظاهرات التهاب الجلد التأتبي في الكهول.

من العلامات الجلدية الواسمة ظهور طية عرضية مسمكة تحت حافة الجفن السفلي معروفة بطية دني- موركان (الشكلة)، ولكن قد تشاهد هذه الطية مع أي التهاب جلد مزمن يصيب الأجفان، ومن الشائع مشاهدة زيادة الطيات الجلدية والهالات السود في الأجفان عند التأتبيين.

يكون الجلد غير المصاب عند التأتبيين جافاً وحمامياً قليلاً. وتزداد خسارة الماء عبر البشرة بسبب اضطراب الطبقة المتقرنة، كما تكون عتبة التخريش منخفضة.

تشكل التخالية القاصرة (البيضاء) أحد أشكال التهاب الجلد تحت السريري وذات منشأ تأتبي غالباً.

ومن الشائع ترافق التهاب الجلد التأتبي والتقران الجرابي



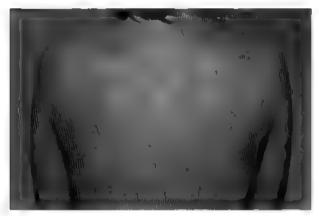
الشكل (\$) طيات واضحة في الجفنين السفليين لدى طفل مصاب بالتهاب الجلد التأتبي

للعضدين والساقين والخدين والأليتين، وهو لا يستجيب غائباً للمعالحة.

وتشاهد عند التأتبيين أحياناً علامة هيرتوف sign of وتشاهد عند التأتبيين أحياناً علامة هيرتوف Hertoghe وهي خضة الأشعار في النهاية الوحشية للحاجبين. كما تشاهد الرقبة المتسخة "dirty neck" الناجمة عن فرط التصبغ.

#### ٧- السمات الوعالية:

يبدي التأتبيون شحوباً حول الفم وحول الأنف وحول الحجاج، وتظهر كتوبية الجلد البيضاء (الشكل ٥) في مكان الرض بآلة غير حادة وذلك بإحداث خط أبيض عوضاً من ظهور الانتبار والوهيج الأحمر، والحقن بالهيستامين داخل الأدمة لا يعطي الانتبار والوهيج الأحمر، يكون لدى التأتبيين استعداد للإصابة بالشرى وبشرى التماس أيضاً.



الشكل (٥) كتوبية الجلد البيضاء في النهاب الجلد التأتبي

#### ٣- الشنوذات العينية:

يحدث لدى ١٠٪ من التأتبيين ساد تحت المحفظة أمامي أو خلفي. والايمكن تمييز الساد تحت المحفظة الخلفي من الساد الناجم عن الستيروئيدات. ومن النادر حدوث القرنية المخروطية إذ تحدث عند ١٪ من التأتبيين فقط.

#### التحريات المغبرية:

ليس من الضروري إجراء فحوص مخبرية في تقييم الحالات غير المختلطة من الـ AD ومعالجتها. يكون IgE المصل مرتفعاً في ٧٠-٧٪ من المرضى، ويرافق ارتضاع IgE تحسس للمؤرجات الستنشقة والمؤرجات الطعامية. وتكون لدى ٧٠-٧٪ من نسبة IgE المصل طبيعية الـ AD، كما لا يبدي هذا النوع من التهاب الجلد التأتبي تحسساً للمؤرجات المستنشقة أو الأطعمة، ولكن قد يكون لدى بعضهم تحسس للـ IgE ضد المستضدات الجرثومية مثل العنقوديات المذهبة والمبيضات. malassezia sympodialis

# التشخيص

من المظاهر الرئيسة المهمة في التشخيص الحكة والتهاب الجلد الأكزيمائي المزمن والمتكرر بمظهره الوصفي وتوزعه النموذجي، إضافة إلى شمول المظاهر الأخرى للأرج الخارجي المنشأ أو ارتفاع IgE المصل التي لا تكون مرتفعة دوماً.

# التشخيص التفريقي لالتهاب الجلد التأتبي:

ليس من الصعب تشخيص التهاب الجلد التأتبي بسبب تناظره وانتقائه للوجه والرقبة، والسطوح الانعطافية للمرفقين والمنبضين، تشمل الأمراض الجلدية التي تشبه التهاب الجلد التأتبي التهاب الجلد المثى (خاصة لدى الأطفال)، والتهاب الجلد التماسي الأرجى أو التخريشي، والتهاب الجلد المدئر والجرب والصداف (وخاصة الراحي الأخمصي). قد تبدي بعض متلازمات نقص الناعة التهاب جلد شبيها بالتهاب الجلد التأتبي، كما يجب التفريق بينه وبين الأمراض الجلدية الالتهابية الأخرى مثل عوز المناعة والخباثات الجلدية والأدواء الوراثية والأمراض الخمجية والطفيلية التى تشارك بالأعراض والعلامات التهاب الجلد التأتبي. وحين يشاهد طفل ناقص النمو في السنة الأولى من العمر مع إسهال، وطفح حمامي وسفى معمم وخمج جلدي أو جهازي يجب تقييم الحالة بالبحث عن متلازمة عوز المناعة، كما أن متلازمة فيسكوت - ألدريش (داء يورث كصفة مقهورة مرتبطة بالجنس -X) تتصف بموجودات جلدية لا تفرق عن التهاب الجلد التأتبي.

وإن حدوث التهاب جلد أكريمائي عند الكهل مع عدم وجود قصة مرضية للأكريمة من الطفولة، وأرج تنفسي، أو قصة عائلية تأتبية، تشير إصابته إلى التهاب جلد أرجى تماسى.

كما يجب نفي اللمفوما الجلدية التائية عند أي مريض كهل مصاب بالتهاب جلد مزمن لا يستجيب للمعالجة الموضعية بالستيروليدات القشرية، وتمييز التهاب الجلد التأتبي من الصداف، والسماك والأكزيمة المثية.

#### الأشرامة أترر

١- الأضطرابات العينية: قد تؤدي المضاعفات العينية المرافقة لالتهاب الجلد التأتبي الشديد إلى مراضة مهمة. من الشائع ترافق التهاب جلد الأجفان (الشكل ٦) والتهاب الملتحمة المزمن والتهاب القرنية على نحو شائع الـ AD، وقد يؤدي إلى نقص الرؤية بسبب تندب القرنية. وقد يرافق الـ AD الرحد الربيعي والقرنية المخروطية وأحياناً الساد الذي يعزى إلى المالجة المديدة بالستيروئيدات القشرية الموضعية أو العامة.



الشكل (٦) التهاب الأجفان وتسمكها مع فقدان أجزاء من الحاجب والأهداب بسبب الحكة الشديدة في الـ AD

٧- الخمج: تحتوي أكثر من ٩٠٪ من الأفات الأكزيمائية المزمنة على العنقوديات المنهبة، ويأعداد كبيرة غالباً. كما يكون الجلد السليم ظاهرياً مستعمراً بهذه الجراثيم؛ لذا تفيد الصادات في معالجة هجمة التهاب الجلد التأتبي. كما قد تشارك الجراثيم العقدية في الأخماج الشديدة.

قد پختلط الـ AD بخمج جلدي حموي ناکس پظهر وجود خلل موضعي بوظيفة الخلايا التائية. أهم هذه الأخماج الحموية الحلا البسيط الذي قد يصيب جميع المرضى في جميع الأعمار مما يؤدي إلى حدوث طفح حماقي الشكل أو أكزيمة حلئية (الطفح الحماقي الشكل لكابوزي) حيث تظهر اندفاعات حويصلية بثرية متعددة حاكة متناثرة بعد فشرة حضانة من ٥-١٧ يوماً. تكون الاندفاعات الحويصلية مسررة وتميل للتجمع وغالبا ماتصبح نزفية وتتشكل عليها الجلبات. يحدث تسحج مؤلم بشدة، قد تتجمع هذه الأفات على مناطق واسعة معراة ونازفة قد تمتد لتشمل الجسم بأكمله لذا يمنع التطعيم ضد الجدري أو التمرض لأشخاص ملقحين حديثاً. تكون الإصابة بالخمج الفطري السطحي أكثر شيوعاً عند الأشخاص التأتبيين وقد يؤدي إلى تفاقم الـ AD. وتحدث زيادة الأضداد IgE ضد الملاسيزية في التهاب جلد الرأس والرقية التأتبي في حين لا تحدث هذه الزيادة عند المسايين بالريو.

ونادراً ما يحدث خمج عميق بالعنقوديات المذهبة مما يدل على وجود مثلازمة نقص مناعة مثل متلازمة فرط IgE.

٣- التهاب جلد اليدين بحدث غالباً عند التأتبيين التهاب جلد اليدين التخريشي اللانوعي الذي يتفاقم مع بلل اليدين وغسلهما على نحو متكرر بمواد منظفة ومطهرة قاسية.

التهاب الجلد التقشري: قد يبدى المرضى التأتبيون

المصابون بالتهاب الجلد التأتبي المنتشر التهاب جلد تقشري يشاهد فيه حمامى منتشرة مع وسوف ونز وجلب وانسمام مجموعي، وضخامة العقد اللمفاوية وترفع حروري، ورغم ندرة حدوث هذه المضاعفة فإنها تُعد مهددة للحياة.

يحدث هذا الالتهاب عادة بسبب خمج شديد تحدثه العنقوديات المذهبة المفرزة للسموم، أو الخمج بفيروس العقبولة البسيطة، أو استمرار تخريش الجلد أوالمعالجة غير المناسبة أي إيقاف المالجة بالستيروئيدات القشرية الجهازية في حالات التهاب الجلد التأتبي الشديد التي قد تكون من العوامل المبيبة لاحمرار الجلد التقشري.

# الإندار (المآل) والسير السريري:

من الصعب التنبؤ بسير التهاب الجلد التأتبي عند أي مريض، وعموماً يميل المرض إلى الاستمرارية والشدة عند الأطفال الصغار. كما تظهر فترات الهدأة على نحو متكرر،

ذكر حدوث تراجع تلقائي للـ AD عند ٢٠-٢٠٪ من المرضى بعد عمر ٥ سنوات، كما قد تحدث رجعة للـ AD في عمر الكهولة عند ٥٠٪ من المرضى المعالجين في سن المراهقة لالتهاب جلد خفيف.

من المهم الانتباء له من الناحية المهنية أن الأشخاص الكهول الذين عانوا في طفولتهم من التهاب الجلد التأتبي وهم في هدأة المرض قد يصابون بالتهاب جلد اليدين وخاصة إذا تطلب عملهم اليومي غسيل اليدين المتكرر.

وتشير العوامل التالية في الـ AD إلى إندار سيئ: الانتشار الواسع لالتهاب الجلد التأتبي في الطفولة، اشتراكه والتهاب الأنف الأرجي والربو، وقصة عائلية لالتهاب جلد تأتبي عند الأهل أو الإخوة، وحدوث المرض باكراً في العلمولة الأولى ومستوى £12 عالياً جداً في المصل.

#### المالجة

معالجة الـ AD متعددة الاتجاهات، ولضمان نجاحها يجب أن تتوجه أولاً إلى ترطيب الجلد، والمعالجة الدوائية، ومعرفة العوامل المحرضة وإزالتها مثل المخرشات والمؤرجات والعوامل المخمجية والعوامل النفسية. ثنا يجب أن يوضع مخطط معالجة لكل مريض على حدة اعتماداً على حدة الاندفاعات والعوامل المثيرة التي تكون خاصة بكل مريض. كما يجب اللجوء إلى المعالجات المتناوية بين مضادات الالتهاب والعوامل المدلة للمناعة عند المرضى الذين لا يستجيبون للمعالجات التقليدية.

### ١- المالجات الموضعية:

أ- ترطيب الجلد: تكون وظيفة الجلد الحاجزية ناقصة

في المصابين بالتأتب إضافة إلى جفاف الجلد ممايؤدي إلى حدوث تشفقات جلدية تشكل باباً لدخول العوامل المرضة والمخرشة والمؤرجات، وتتفاقم الحالة المرضية في الشتاء الجاف وفي أجواء بعض الأعمال.

يفيد نقع الجسم في حمام ماء فاتر مدة عشرين دقيقة على الأقل يتبعه تطبيق مراهم كتيمة مطرية للحفاظ على رطوبة الجلد في تهدئة الأعراض عند كثير من المرضى، وتقوي وظيفة الجلد الحاجزية، وقد تنقص من الحاجة إلى الستيروئيدات الموضعية. تكون المرطبات بشكل دهون (لوسيون) أو رهيم (كريم) أو مرهم. لكن بعض الكريمات قد تكون مخرشة بسبب احتواثها على المواد الحافظة والحالة والعطور. قد يكون "اللوسيون" الحاوي على الماء مجففاً بسبب عمل التبخر، يمكن الحصول على المراهم المحبة للماء ويدرجات مختلفة اللزوجة بحسب حاجة المريض، وريما لا يتحمل بعض المرضى المراهم الكتيمة لأنها تتعارض مع وظيفة قنوات الغدد العرقية وقد تؤدي لالتهاب الأجرية وظيفة قنوات الغدد العرقية وقد تؤدي لالتهاب الأجرية

وتحسن المالجات الموضعية لإعاضة المواد المدسمة البشروية رطوبة الجلد وتنقص من اضطراب وظيفة الجلد الحاجزية.

يعزز الترطيب بالحمامات أو الضمادات الرطبة نضوذية الستيروئيدات القشرية الموضعية عبر البشرة. كما تضيد الضمادات بوصفها حاجزاً فعالاً ضد الحكة والتسحيج، وقد تؤدي إلى شفاء الأفات المتسحجة بسرعة إذا ما تبعها تطبيق مطريات موضعية، لكن كثرة استعمال الضمادات الرطبة قد يؤدي إلى تعطين الجلد، وحدوث خمج ثانوي.

ب- المعالجة الموضعية بالستيروليدات القشرية: تعد الستيروليدات القشرية الموضعية حجر الأساس في المعالجة المضادة للالتهاب في الأفات الجلدية الأكزيمائية. ويسبب احتمال حدوث الاختلاطات الجانبية يلجأ أكثر الأطباء إلى استعمالها للسيطرة على المرحلة الحادة المتفاقمة من الـ AD فحسب.

يجب تجنب استعمال الستيروئيدات المفلورة على الوجه والمناطق المتناسلية والشنيات واستعمال المستحضرات الستيروئيدية المنخفضة الفعالية في هذه المناطق. كما يجب أن يطبق المريض الستيروئيدات الموضعية على الأفات الجلدية والمطريات على مناطق الجلد غير المصابة. وتحتوي المستحضرات الهلامية الستيروئيدية على البروبيلين غليكول كأساس؛ لذا قد تكون مخرشة للجلد وتؤدى إلى حدوث كأساس؛ لذا قد تكون مخرشة للجلد وتؤدى إلى حدوث

التجفاف الجلدي مما يوجب تحديد استعمالها على الفروة ومنطقة الندّن فقط.

ومن المحتمل تثبيط المحور المهادي - التخامي الكظري بعد تطبيق الستيروئيدات الموضعية القوية للبرضع والأطفال الا أن استعمال كريم الفلوتيكازون بروبيونات Fluticasone propionate به المتوسط الفعالية آمن وفعال حتى إذا طبق على الوجه وعلى مناطق حساسة لمدة شهر ويمكن استعماله للرضع ابتداء من عمر ثلاثة أشهر اما "اللوسيون" فلا يستعمل إلا بعد عمر ١٢ شهراً أو أكثر، ويستعمل الموميتازون بشكل كريم أو مرهم عند الأطفال بعمر سنتين وأكبر.

وحين تتم السيطرة على الـ AD بالتطبيق الموضعي مرة واحدة يومياً يفضل الاستمرار بتطبيق الفلوتيكازون مرتين اسبوعياً معالجة داعمة للدة طويلة.

ج- مثيطات الكالسينورين الموضعية الديميكروليموس itacrolimus والديميكروليموس tacrolimus والديميكروليموس pimecrolimus في من معدلات المناعة غيير الستيروليدية. ويستعمل مرهم الديميكروليدية. ويستعمل مرهم الديميكروليدية ويستعمل المرهم الديميكروليدية ويستعمل المرهم المحدد التأتبي المتوسط الشدة إلى الشديد عند الأطفال بعمر سنتين واكبر. أما عند الكهول فيستعمل مرهم الدوراناسية بعيبار المائي المتوسط الستعمال كريم الدورانسية المتوسط المنتين أو أكثر المسابين بالشكل الخفيف إلى المتوسط من استين أو أكثر المسابين بالشكل الخفيف إلى المتوسط من الى مضاعفات بعد استعمالها مدة لا سنوات (المهم التاكروليموس) وسنتين (الكريم البيميكروليموس). وأكثر ما يشاهد بعد تطبيق المواد موضعياً حدوث حس حرق خفيف يضابر بالجلد؛ لذا يسمح باستعمالها على الوجه ومنطقة وعابر بالجلد؛ لذا يسمح باستعمالها على الوجه ومنطقة الثنيات.

### ٢-- معرفة الموامل الثيرة وإزالتها:

أ- الاعتبارات العامة؛ المرضى المصابون بال AD أكثر حساسية للمخرشات من الأشخاص العاديين لذا يجب تحديد العوامل المفاقمة للمرض التي تثير حلقة الحكة - الخدش (الهرش) itch- scratch cycle. تشمل هذه العوامل المصوابين أو المنظفات؛ والتماس مع المواد الكيميائية؛ والتدخين، والثياب الخشنة، والتعرض لدرجات حرارة عالية الرطوية، لهذا يجب أن تكون الصوابين معتدلة وليس لها قدرة على إزالة الدهون من الجلد، كما يجب غسل الثياب الجليدة قبل ارتدائها لتخليصها من الفوره ألدهايد والمواد

الكيميائية الأخرى المضافة. ولأن بقايا المنظفات المستعملة في غسل الثياب مخرشة يجب استعمال المنظفات السائلة أكثر من المسحوق، كما يحسن أن تزاد دورة أخرى من فض الفسيل لإزالة المواد المنظفة.

وفضلاً عن هذا يجب تجنب الحرارة والرطوبة المفرطتين والتعرق الزائد. يجب ترك الأطفال يشاركون في النشاط العام فالرياضة مثل السباحة قد تكون اكثر تحملاً من الرياضات التي تسبب التعرق، ولكن يجب غسل الكلور مباشرة بعد السباحة وترطيب الجلد، ومع أن الأشعة فوق البنفسجية تفيد الأشخاص المصابين بالـ AD يفضل استعمال الواقيات الشمسية وهي ضرورية لتجنب حدوث الحروق.

ب- المحسسات التوهية: تبين أن الأطعمة والمحسسات المهوائية مثل غبار العت والعفن، وغبار الطلع تفاقم التهاب الجلد التأتبي، ويمكن معرفة المحسسات المكنة بأخذ قصة سريرية مفصلة وإجراء اختبارات الوخز أو IgE المصل. علما أن وجود IgE المصل ضمن الحدود الطبيعية لا ينفي احتمال وجود IgE النوعي للمادة المحسسة. كما يجب تجنب التعرض لغبار العت الموجود في الفراش باستعمال الشراشف الخاصة التي تمنع وجود العت بالفراش وغسلها أسبوعياً، وإزالة السجاد من غرف النوم، وإنقاص شدة الرطوبة باستعمال الشراف.

ج- الشدة النفسية؛ الشدة النفسية لا تسبب الـ AD ولكنها تفاقمه. إذ تزداد الحكة والهرش بعد التعرض للشدة النفسية، كما أن الاستجابة للمعالجة تصبح ضعيفة.

د- العوامل الخمجية؛ تفيد الصادات المضادة للعنقوديات في معالجة المرضى المصابين بهذه الجراشيم مشل السيفالوسبوريتات والبنيسيلينات المقاومة للبينسيليناز (دي كلوكساسلين، أوكساسلين، أوكساسلين، أوكساسلين، التي تفيد في العنقوديات المذهبة غير مقاومة للبنسيلين، إن الزمر المقاومة للأريترومايسين كثيرة.

الثاكروليدات الجديدة: تفيد المعالجة بالـ mupirocin الموضعي في الأفات المتقوبئة، وفي الحالات الشديدة يجب أخذ هذا الشكل من الدواء داخلياً.

قد يحرض الحلا (للهريس) البسيط حدوث التهاب جلد تأتبي ناكس، وقد يشخص كالتهاب بالمنقوديات: لذا يجب البحث عن الحلا البسيط في حال وجود تسحجات مخترمة punched- out لحويصلات وأفات جسمية لا تستجيب للمعالجة بالصادات الفموية.

ه- الحكة: يجب أن توجه معالجة الحكة في الـ AD أولاً

نحو الأسباب الحقيقية لها؛ لذا فإن تخفيف الالتهاب وجفاف الجلد باستعمال الستيروئيدات القشرية الموضعية وترطيب الجلد غالباً ما يزيل الحكة.

تعمل مضادات الهيستامين على تثبيط مستقبلات HI وتغيد لذلك في الحكة الناجمة عن تحرر الهيستامين.

# ٣- الستحضرات الحاوية على القطران:

قد يكون لهذه المستحضرات تأثير مضاد للحكة والألتهاب على الجلد ولكن دون تأثير الستيرونيدات الموضعية، تضيد هذه المركبات في إنقاص قوة الستيرونيدات الموضعية اللازمة في المالجة المزمنة الداعمة للـ AD، كما يضيد الشاميو الحاوي على القطران في التهاب جلد الفروة إذ ينقص من كثافة الستيرونيدات المطبقة على الفروة وفعاليتها.

### 1- المالجة الضولية:

يفيد التعرض الأشعة الشمس الطبيعية في التهاب الجلد التأتبي، ولكن التعرض في الحرأو الرطوبة الشديدة قد يثير التعرق والحكة ويؤدي إلى أذية المريض، وقد تساعد المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية على علاج الـ AD. وأثبتت التحريات عن الأليات المناعبة الضوئية المسؤولة عن نجاح العلاج بالـ VU ذلك أن خلايا الانضرهانس البشروية والحمضات قد تكونان الخلية الهدف للمعالجة بالأشعة فوق البنفسجية ب UVA مع بسورائين أو من دونه، في حين أن الأشعة فوق البنفسجية ب UVB تسبب تأثيراً مناعياً مثبطاً بحصرها لوظيفة خلايا الانغرهانس المقدمة للمستضد وتؤدي إلى اضطراب وظيفة إنتاج السيتوكينات من الخلايا القرنية، تستطب المعالجة الكيميائية المضوئية مع البسورائين (الـ PUVA) للمرضى المصابين بالتهاب جلد تأتبي شديد ومنتشر.

### ٥- المالجة الجموعية:

أ- الستيروثيدات القشرية المجموعية: من النادر اللجوء إلى المعالجة المجموعية بالستيروئيدات القشرية في معالجة التهاب الجلد التأتبي المزمن. ولكن قد يلجأ إليها المعالجة هجمة حادة من الـ AD ولفترة قصيرة وبدء العناية بالجلد في اثناء الإيقاف التدريجي للستيروليد.

ب- السيكلوسبورين: يفيد في معالجة التهاب الجلد التأتبي الشديد ولكن من النادر بقاء الاستجابة بعد إيقاف الدواء، وهو دواء مثبط للمناعة قوي الفعالية يعمل على الخلايا التائية بتثبيطه إنتاج السيتوكينات، ومن التأثيرات الجانبية له ارتفاع كرياتين المصل والقصور الكلوي وارتفاع الضغط الشرياني.

ج- مضادات الاستقلاب: تفيد مثبطات المناعة ومضادات الانقسام مشل الازاتيبوبريسن (mycophenolate mofettl mycophenolate mofettl موفيتيل mycophenolate mofettl والميثوتريكسات methotrexate في معالجة الأكريمة المعندة على المعالجات الأخرى. أما معدلات المناعة مثل الغلوبولين على المعالجات الأخرى أما معدلات المناعة مثل الغلوبولين المناعي الوريدي (IVIG) والإنترفيرون IFN، والثيموبائتين معالجة AD ولكن من النادر استعمالها.

# ثانياً- أمراض الجك الأكزمالية:

تعد أمراض الجلد الأكرمائية eczematous dermatoses من أكثر الأمراض الجلدية شيوعاً ومشاهدة في العيادات الشاملة، ومن الملاحظ ازديادها وانتشارها مع تزايد المؤرجات والمخرشات الحديثة التي يتعرض لها الجلد في الأعمال المنزلية ومختلف الأعمال والصناعات المهنية.

وقد شاع في المؤلفات الجلدية مصطلح "الأكزيمة eczema" ويُعد مرادهاً لالتهاب الجلد dermatitis على نحو عام، إلا أن الأكزيمة بأشكالها تعد غير معدية ولا تنجم عن الأخصاج وإنما قد تشاركها الأخصاج ثانوياً وتزيد في تفاعلاتها ومظاهرها السريرية.

تأخذ المظاهر السريرية لأفات الجلد الأكزيمائية أشكالاً عديدة: صنفت تحت أسماء مختلفة: وقيما يلي شرح للشائع من هذه الأمراض:

### ١-- التهاب الجلد بالتماس:

هو تفاعل التهابي ينجم عن تماس بعض المواد بالجلد، وهناله نموذجان من التهاب الجلد التماسي هما: التهاب الجلد الثماسي التخريشي والتهاب الجلد التماسي الأرجي،

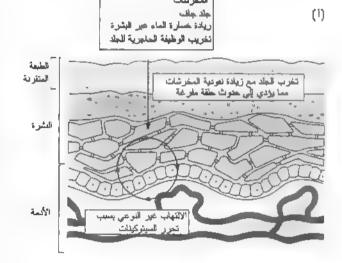
# irritant contact التهاب الجلد التماسي التخريشي dermatitis:

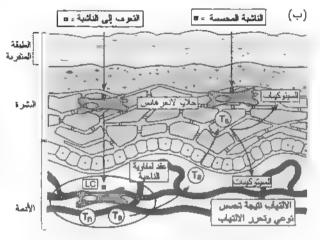
يقدرب( ٨٠) من التهاب الجلد التماسي. وهناك عدة مواد تهيج الجلد وينجم عنها تفاعل التهابي لا أرجي، وقد يحدث هذا النموذج من التهابات الجلد عند أي شخص تعرض لتركيز عال وكاف من المخرش، ولا يستلزم تعرضاً سابقاً له، ويبدو تأثيره على الأكثر خلال دقائق أو ساعات قليلة. ويبدو تأثيره على الأكثر خلال دقائق أو ساعات قليلة. ويتجلى بحمامي ووذمة خفيفة وتوسف. وتتبع شدة الالتهاب حالة الجلد قبل تعرضه لهذه المواد المخرشة، فمثلاً يكون الجلد المجلد أكثر تأثراً في مناطق الثنيات حيث تكون رطوبة الجلد زائدة، كذلك بعد تعرض الجلد للحرارة والماء والبرد والضغط أو الاحتكاك كما أن الجلد الثخين أقل ارتكاساً من الجلد الرقيق.

يشكو المريض من أثم وإحساس بالحرق وهو ما يميزه من التهاب الجلد التماسي الأرجي الذي يشكو فيه المريض من حس حكة.

قد يؤدي التعرض المتكرر ليعض المواد المخرشة إلى تأثير مقسي hardening effect فيصبح الجلد أكثر مقاومة للتأثير المهيج لهذه المواد.

الإمراض؛ ينجم التهاب الجلد التماسي التخريشي عن أربعة تبدلات فيزيولوجية مرضية رئيسة كما في المخطط، التالى:





(مخطط) آلية التهاب الجلد التماسي التخريشي والأرجي التماسي التخريشي والأرجي التهاب جلد شاسي تخريشي (ICD): الحدث الأولي هو اعتلال بالوظيمة التعاجزية للجلد خاصة في الطبقة المتقرفة. يؤدي إلى زيادة نصوذية المخرشات التي تؤدي إلى اذية الجلد مع زيادة خسارة الماء عبر البشرة. يؤدي هذا الالتهاب الناجم عن تحرر السيتوكينات إلى سهولة نفوذ المخرشات التي يؤدي بالتالي إلى ظهور حلقة مصرعة.

ب التهاب الجلد التماسي الأرجي (ACD)؛ الحدث الأولي هو تحسس نوعي ناشب ذو وزن جزيلي منخصص. يحدث التحسس هي العقد اللمفية الناحية، وإذا تعرض الريص مرة أخرى للناشئة نفسها تنحدب الحلايا التائية المتحسسة وتعرز السيتوكينات مما يسبب استجابة الثهابية.

 إزالة الليبيدات (الشحميات lipids) السطحية والمواد الحاملة للماء مما يؤدي إلى تخرب وظيفة الجلد الوقائية (يوصفها حاجزاً barrier function).

- تخرب غشاء الخلايا القرنية.
- تخرَب طبقة القرنين (الكراتين).
- فعل خلوي سمي مباشر يؤدي إلى تضاعل عدد من الخلايا التقرنية البشروية والخلايا المولدة للبف والخلايا الأندوتيليالية والكريات البيض المختلفة الواقعة تحت سيطرة شبكة من السيتوكيئات والوسائط الليبيدية. علماً بأن للخلايا التقرنية شأناً مهماً في بدء الارتكاس الالتهابي الجلدي واستمراره بتحرير السيتوكينات والاستجابة لها، وإن هذه الألية لا تحتاج إلى تحسيس سابق.

كما يمكن لعدد من المحرضات المحيطية (مثل الأشعة فوق البنفسجية، المواد الكيميائية) أن تحث الخلايا التقرنية البشروية لتحرير سيتوكينات التهابية (الأنترلوكين!)، والعامل المنخر للورم أ، وسيتوكينات الانجذاب الكيميائي (الأنترلوكين ١٠)، والسيتوكينات المحرضة للنمو (الأنترلوكين ١٠)، والسيتوكينات المحرضة للنمو (الأنترلوكين ١٠)، وانترلوكين ١٥)، والعامل المحرض لزمر الخلايا الحبيبية البالعة، وعامل النمو المحول أوسيتوكينات المنظمة للمتاعة الخلطية والخلوية أوسيتوكينات المنظمة للمتاعة الخلطية والخلوية (الأنترلوكين ١٠)، إن الجزيئة اللاصقة لما بين الخلايا تحض على ارتشاح البشرة بالكريات البيض في الارتكاسات الالتهابية الجلدية وفي التهاب الجلد التماسى التخريشي.

يزداد عدد الخلايا التقرئية خلال 43-44 ساعة بعد التعرض للمادة المخرشة، ويبقى الاستعداد للارتكاس التخريشي لتماس مادة ما - في منطقة من الجلد قد تعرف إليها سابقاً - موجوداً حتى بعد الأسبوع العاشر من التماس الأول.

وتحدث المخرشات جميعها مهما كان توعها ارتشاحاً خلوياً في الأدمة تناسب شدته شدة الالتهاب. أما في البشرة فيوجد اختلاف ملحوظ في الارتشاح الخلوي بحسب اختلاف المادة.

الأسباب: التهاب الجلد التماسي التخريشي مرض متعدد الأسباب: ولعدة عوامل داخلية وخارجية شأن في إحداثه:

# (١)- العوامل الداخلية: من العوامل الداخلية المؤثرة في الحدد:

 ● التهاب الجلد التأتبي، يكون الأشخاص المسابون بالتأتب أكثر عرضة للإسابة بالتهاب الجلد التماسي التخريشي، إذ تكون عتبة التهيج لديهم منخفضة كما أن

زمن الترمم لديهم طويل.

- نفوذية الجلد.
- الاستعداد الشخصى الوراثي.
  - غياب القساوة.
- فرط حساسية الجلد الأولية أو الثانوية.

التهاب الجلد التماسي التخريشي أكثر شيوعاً عند النساء عما في الرجال، والسبب ناجم عن العوامل المحيطة بهن وليس عن العوامل الوراثية، إذ تصاب النساء مرتين أكثر بالتهاب جلد اليدين التماسي التخريشي بسبب عملهن في المنزل في المتنظيف والاهتمام بالأطفال وإعداد العلمام وتصفيف الشعر، وقد يصاب الرجال أكثر من النساء في بعض الهن.

يحدث التهاب الجلد التخريشي في أي عمر. ويعد التهاب الجلد الحفاضي في كثير من الحالات كالتهاب جلد تخريشي ناجم عن تأثير المخرش ليعض المواد الموجودة في البول والبراز، أما عند الشيوخ فيكون الجلد أكثر جفاهاً وأرق من جلد الشباب لذا فهم لا يتحملون الصابون والمحاليل المنظفة.

(٢)- العوامل الخارجية: تتبع العوامل الخارجية المؤثرة
 في تخريش الجلد ما يلى:

- نمط المخرش (pH والطبيعة الكيميائية).
  - نفوذية العامل المخرش في الجلد،
    - حرارة الجسم،
- العوامل الميكانيكية (الضغط والاحتكاك والتسحيج).
  - العوامل المحيطية (الحرارة، الرطوية).
- عوامل أخرى: مدة التعرض، التعرض السابق والمترافق والعوامل الحيطية.

يذكر من المواد المخرصة التي يتماشى تأثيرها المخرش طرداً مع نسبة تركيزها ومدة تماسها مع الجلد:

- ♦ المنظفات والماء: وهي من المواد الشائعة المخرشة للجلد. ينجم التهاب الجلد التماسي التخريشي عند ريات المبيوت عن التعرض المتكرر لكمية قليلة من المواد المخرشة والسيما الصابون والماء والمنظفات. كما يحدث التهاب جلد اليدين التخريشي من تفسيل اليدين المتكرر الدى العاملين في وحدات المناية المشندة (الشكل ٧).
- قد يؤدي التعرض المستمر للماء إلى تعطين الجلد أو تبخر الله المتكرر من سطح الجلد مما يؤدي إلى تخريش الجلد بسبب تجفافه.
- ♦ المنيبات: من المواد الأساسية في إحداث تخريش الجلد لأنها تزيل الدهون والزيوت من الجلد مما يؤدي إلى زيادة



الشكل (٧) التهاب جلد تماسي تخريشي على ظهر اليدين لدى عاملة تنظيفات

خسارة الماء وهي تسبب ١٠٪ من التهاب الجلد التخريشي المهني.

- ♦ الهواء الجاف: يصبح الجلد أكثر تأثراً بالمخرشات حين تعرضه للهواء الجاف كما قد يسبب الهواء الجاف نفسه التهاب جلد تخريشياً، فأكثر الحكات الشتوية تحدث نتيجة جفاف الجلد الناجم عن التعرض للهواء البارد والجاف في فعمل الشتاء.
- ♦ تبدلات الحرارة: إن ارتفاع حرارة الجو تزيد من التأثير الخرش للمواد.
- ♦ السوائل المعدلية؛ تسبب الزيوت المعدنية اندفاعات عدية والتهاب أجرية شعرية. كما قد تسبب التهاب جلد تخريشياً تماسياً، أما السوائل المعدنية المائية فتسبب غالباً التهاب جلد تخريشياً تماسياً عند العمال المرضين لها بسبب احتوائها مواد فعالة على السطح خافضة للتوتر السطحي surfactant (الشكل ٨).

دumulative التخريشي التماسي التراكمي التخريشي التماسي التهاب الجلد التخريشي التي يطلق عليها المهن الرطبة. فعمال



الشكل (٨) التهاب جلد شماسي تخريشي على البدين بسبب الزيوت لدى عامل (ميكانيكي)

الرعاية الصحية الذين يفسلون أبديهم ٢٠-٤٠ مرة يومياً يصابون بهذا الالتهاب كما يحدث هذا الالتهاب عند مصففي الشعر لأنهم يفسلون الشعر عدة مرّات، وعند ريات البيوت اللواتي يسبب تفسيل اليدين المتكرر عندهن تخريشاً إضافياً أو تأزرياً : لذا يفضل أطباء الجلد استعمال منظفات اليدين الكحولية بشكل هلامة لأنها أقل تخريشاً (الشكل ٤).

القفازات المطاطية، قد تسبب التهاباً جلدياً تخريشياً
 مباشراً، كما يشكو بعض العمال من التخريش بسبب



الشكل (٩) التهاب جلد تماسي تخريشي بين الأصابع لدى أمراة تعمل في مهنة رطبة

المسحوق الذي يرش في القضازات لتسهيل استعمالها. والثقوب الموجودة في القضازات قد تسمح بدخول المادة المخرشة، كما أن الإغلاق يزيد تخرب الجلد بسبب المادة المخرشة إذ يزيد من فعل العوامل الموضعية السيئة أو الجيدة.

- ♦ صوديوم ثوريل سولفيت sodium lauryl sulfate: توجد
   هذه المادة في بعض الأدوية الموضعية ولاسيما أدوية العت،
   وهي من مخرشات الجلد التجريبية المدرسية (الكلاسيكية).
- ♦ حمض الهيدروفلويوريك hydrofluoric acid؛ الذي يسبب الحرق، يجب معالجته إسعافياً، قد يتأخر ظهور الأعراض السريرية بعد التعرض الحاد.
- ♦ القلوبات: إن pH الجلد حامضي، وإن القلوبات (مثل الصابون) تكون أكثر تخريشاً من حموض كثيرة. ذلك أن الغلاف الحامضي للطبقة المتقرنة مهم ليشكل حاجزاً يمنع نفوذية الجلد، كما يدافع عنه ضد الجراثيم.
- ♦ الرّجاج الليقي (الفاييرغلاس) fiber glass: يسبب حكة تؤدي إلى تسحج وأذية للجلد. ومن المعلوم حدوث قساوة لدى غالبية عمال (الفاييرغلاس) قساوة يستطيعون معها تحمل التعرض الثالى لهذه المواد.
- ♦ الرضوض الصغيرة microtrauma: تسبب بعض أوراق
   النباتات وسوقها التي تحتوي على أشواك دقيقة رضاً مباشراً
   للجلد.

### السريريات:

يعتمد تشخيص التهاب الجلد التخريشي على قصة تعرض المناطق المصابة للمخرشات الجلدية.

(١)- الأعراض: قد تحدث الأعراض في دقائق وقد تمتد إلى ساعات من التعرض وذلك في الالتهاب الحاد البسيط. أما في التهاب الحاد المتأخر أما في التهاب الجاد التماسي التخريشي الحاد المتأخر فتظهر الأعراض بعد عدة ساعات أو أبام من التعرض؛ وتتميز بعض المخرشات مثل البنزاكوليوم كلورايد - وهي مادة حافظة ومطهرة - بإحداثها التهاب الجلد بعد ٨-٢٤ ساعة من التعرض. يشكو المريض من ألم وحس حرق ووخز وعدم ارتياح باكراً في بدء الإصابة بالتهاب الجلد بالتماس التخريشي، وقد يحدث الألم بسبب التشققات في الجلد المفرط التقرن.

ويجب تحري الأسباب الأخرى لالتهاب الجلد بالتماس (ولاسيما لالتهاب الجلد بالتماس الأرجي) بإجراء اختبارات التماس وبالقصة السريرية.

(٢)- العلامات: يبدي الفحص السريري طيفاً واسعاً من
 المظاهر السريرية التي يمكن تقسيمها عدة فئات تبعاً للمادة

المخرشة ونموذج التعرض. وتتبع هذه التظاهرات أيضاً العوامل الألية والحرارية والمناخية والعوامل البنيوية إذ يختلف النمط السريري لهذا الالتهاب باختلاف العامل المخرش: تقرح (حموض أو قلويات قوية) أو التهاب أجرية (زيوت ودهون) أو دخنيات (المينيوم كلورايد) أوفرط تصبغ (معادن ثقيلة) أو نقص تصبغ (المركبات الفينولية). هذا وغالباً ما تشاهد حمامي بقعية وفرط تقرن وتشقق، أكثر من مشاهدة التحوصل. تبدو البشرة لماعة رقيقة وحمامية، أما حدود الأفة فتكون واضحة ولا تبدي ميلاً للانتشار إلى المناطق البعيدة عن التخريش كما في التهاب الجلد بالتماس الأرجى.

وتوحي التبدلات الشكلية بتقدير كثافة المواد المؤثرة أو مدة التعرض لها إذ يحدث اختلاف كبير في تخرب الجلد. ثبدأ عملية الشفاء مباشرة بعد إيقاف التعرض للعامل المسب

وقد يعتاد بعض الأشخاص حك الجلد على تحو متكرر مكان الإصابة بالتهاب الجلد التماسي التخريشي مما قد يؤدي إلى حدوث التهاب الجلد أو الحزاز البسيط المزمن (تحزز) (الشكل ١٠) الذي يعد من عقابيل الرض المهني.

(٣)-التوضع: أكثر الأماكن عرضة للإصابة بالتهاب الجلد التماسي التخريشي هي جلد الوجه والرقبة والصفن واليدين بسبب ضعف وظيفة الجلد الحاجزية في هذه الأماكن، في حين يكون جلد الراحتين والأخمصين مضرط التقرن وأكثر مقاومة.



الشكل (١٠) حزاز مزمن بسيط

# أنماط التهاب الجلد التماسي التخريشي:

وصفت عدة أنماط من التهاب الجلد التماسي التخريشي منها:

(۱)- الارتكاس التخريشي، يظهر سريريا ارتكاس وحيد الشكل يتألف من وسوف وحمامى خفيفة وتحوصل أو تسحج، ويتوضع عادة على ظهر البدين عند الأشخاص المعرضين لعمل رطب. وقد يتراجع الارتكاس التخريشي أو يتطور إلى التهاب جلد تخريشي تراكمي؛ إذ إن حدوث التهاب الجلد التماسي التخريشي عند عدد من العمال في العمل الواحد بدل على التهاب جلد تخريشي لأن غالبية المواد المحسسة لا تصيب إلا عدداً قليلاً من الأشخاص المرضين المستثناء بعض المحسسات القوية بالتماس كالموجودة في اللبيلاب Poison Ivy أو المحسسات التجريبية مشل المليكارية و DNCB) dinitrochlorobenzene.

(٣)-التهاب الجلد التماسي التخريشي الحاده ينجم بعد تعرض وحيد لمخرش قوي أو مادة كيميائية كاوية مثل القلويات والحموض، أو نتيجة لتعرض قصير الأمد ومتكرر لعوامل كيميائية أو فيزيائية. ويتجلي بحس حرق وحكة أو وخز مباشرة بعد التعرض للمادة المخرشة. قد يراجع المريض بحمامي وودمة وتحوصل ونتح، وتشكل فقاعي وتنخر في الحالات الشديدة. ويحدت الشفاء تدريجياً بعد إزالة المخرش.

# هناك أشكال أخرى من التهاب الجلد التماسي التخريشي الحاد مثل:

- التهاب الجلد بالتماس الناجم عن عوامل محيطية منقولة بالهواء airborne مثل الأبخرة أو الغبار.
- التهاب الشفة من لعق الشفة أو استعمال بعض المزوقات أو الأدوية.
- التهاب الجلد الحفاضي والتهاب ما حول الشرج
   الناجمين عن التماس المديد أو المتكرر للبول والبراز.
- التهاب الجلد بسبب أزايد الصوديوم sodium azide الصادر عن تمزق كيس الهواء في السيارات airbag مسبباً حرقاً كيميائياً قلوياً، كما أن المسحوق الموجود بداخله يسهم في احداث الالتهاب.
- (٣)- التهاب الجلد التماسي التخريشي الحاد المتأخرة يكون الارتكاس التخريشي المتأخر حاداً ولكن من دون علامات مرثية للالتهاب، وإنما تظهر بعد ٨-٢٤ ساعة أو أكثر من التعرض، ومن أكثر المواد التي تسبب هذا النوع من التخريش القطران والبنزوئيل بيروكسايد، والبنزوكوليوم

كلورايد (حافظة ومطهرة)، والغاز المسيل للدموع الذي يحتوي على مادة الكلوروأسيتوفينون التي تحدث الالتهاب بعد ٢٤-٧٢ ساعة من التعرض لها، وتعالج بفسل المنطقة المعرضة وتطبيق محلول بيكربونات الصوديوم على الجلد وحمض البوريك في العينين.

- (1)- التهاب الجلد التماسي التخريشي التراكمي: قد يتأخر ظهور الأعراض والعلامات أسابيع في التهاب الجلد التخريشي التراكمي، وهو يحدث نتيحة لتخرب تحت سريري متكرر في الجلد.
- (ه)- يكون ثدى الأشخاص المتحسسين (مثل التأتبيين) الخضاض عثبة تحمل المخرشات أو ازدياد مدة ترميم الجلد ثدا فإنهم أكثر تأثراً بالمخرشات.

التشخيص التفريقي، يجب التفريق بينه وبين الأكزيمة المثينة، والتهاب الجلد الركودي، والأكزيمة التأتبية، وفطار الجلد، والأكزيمة الجافة، والعد الوردي. كما يجب نفي وجود التهاب الجلد بالتماس الأرجي، الصداف، داء بوفن، التهاب الجلد المقتعل، الاندفاعات الدوائية.

# الدراسات المخبرية:

- زراعة الجراثيم: تزرع الجراثيم في الحالات المختلطة بالخمج الثانوي.
- الفحص المباشر بالـ KOH لتحري وجود الفطور السطحية.
  - خزعة الجلد لنفى بعض الأفات الجلدية الأخرى.

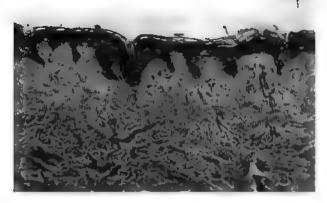
الموجودات التسجية: درست الموجودات التشريحية المرضية الالتهاب الجلد التماسي التخريشي ICD الحاد أكثر من دراسة الالتهاب المزمن.

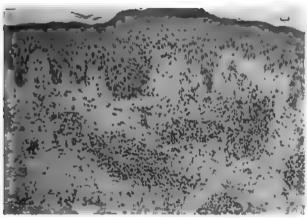
تختلف التبدلات الخلوية في الجلد تبعاً لطبيعة المادة الكيميائية المخرشة وكثافتها ومدة التعرض لها وشدة الارتكاس الناجم عنها وزمن أخذ الخزعة.

غالباً ما تبدي التبدلات النسجية وذمة بين الخلايا وسفاجاً في البشرة. علماً أن السفاج هنا يكون أقل وضوحاً من الذي يشاهد في التهاب الجلد التماسي الأرجي، كما يشاهد خطل تقرن في الـ ICD، أما التشريح المرضي للـ ICD المزمن فيبدي فرط تقرن مع مناطق من خطل التقرن، فرط تصنع بشروي متوسط إلى شديد (شواك) وتطاول الاستطالات البشروية (الشكل ١١).

#### المالحة

يشبه الارتكاس الحاد لالتهاب الجلد بالتماس بعد التعرض للمخرشات القوية (مثل المحاليل الحمضية أو







الشكل (١١)

 التشريح المرضي للجلد السليم. ب- التشريح المرضي لالتهاب الجلد التماسي تحت الحاد. ج- التشريح المرضي لالتهاب الجلد التماسي المزمن. يوجد تثخن في البشرة وسفاح في بعض المناطق

القلوية) بالحرق الكيميائي، ويمكن توصيفه بدرجات مثل الحرق الحروري (درجة ا والوالل) وإجراء التدابير العرضية المناسبة. مأل هذه الحروق جيد وإذا لم تصب الأدمة بالأذية فلا يحدث تندب دائم.

# يُذكر من المالجات الدوائية:

(١)- الستيروليدات الموضعية ومعدلات المناعة؛ لم تثبت

فائدتها في معالجة الثهاب الجلد التماسي التخريشي ICD. فالستيروئيدات الموضعية لا تنفع في المعالجة، والـ tacrolimus الموضعي مخرش قوي قد يحدث حس وخز وتخريشاً عند بعض الأشخاص وعند المسابين بالـ ICD.

- (۲)- أما الرهيمات التي تحتوي على السيراميدات فتساعد على إعادة وظيفة الحاجز البشروي للأشخاص المسابين بـ ICD والتهاب الجلد التأتبي.
- (٣)- وقد تساعد الرهيمات التي تحتوي على الديميثيكون dimethicone على إعادة وظيفة الحاجز الحائلية التي تمنع عبور المواد الكيميائية عند الأشخاص المسابين بـ ICD الناجم عن العمل.
- (1)- قد تكون غالبية الصوابين والمنظفات قلوية وتؤدي الى زيادة pH الجلد مما يضعف الغطاء الحمضي الواقي للجلد فيزيولوجياً بإنقاص محتوى الدسم.

إن تخرب الطبقة المتقرنة وتبدل اله pH الجلدي عاملان أساسيان في إحداث CD، الذي يحدث بفعل الصابون، وتشتد هذه الحالات في الشتاء عند الأشخاص ذوي الجلد الجاف والحساس. وقد ظهر جبل جديد من المنظفات فيها pH 0,0 والحساس من pH الجلد (أطلق عليها اسم syndet).

 (0) ولتجنب تخريب الجلد والجفاف والتخريش عند العاملين في الرعاية الصحية الذين يكثرون من غسل أيديهم ومن استعمال المطهرات يتصح بتجفيف اليدين واستعمال المطريات.

متابعة الريض: متابعة الاعتناء بالمريض:

- ♦ تكثر الإصابة بالـ ICD في أصحاب الهن لذا يجب معرفة المورشة والعمل على تقليل التعرض للمخرشات الجلدية في العمل وفي المنزل.
- پجب نصح المرضى باستعمال المطريات بعد غسل اليدين بالصابون وقبل النوم. والتوصية باستعمال منظفات الجلد الخفيفة عوضاً من الصوابين في مناطق الجلد المسابة.
- ♦ ينصح المرضى بالتوقف عن استعمال المحاليل غير
   المناسبة مثل (غازولين)، والمسحجات مثل حجر الحمام
   لتنظيف الجلد الأنها ترض الجلد مياشرة وتزيل الدهون.

#### اللشرامة ات

- تزيد الإصابة بالـ ICD خطر حدوث التحسس للأدوية الموضعية.
- قد تُستعمر الآفات الجلدية بالجراثيم ثانوياً، خاصة بالعنقوديات المنهبة.

- قد يحدث التهاب جلد وأعصاب ثانوي خاصة عند
   الأشخاص المعابين بـ ICD في مكان التعرض للمواد المخرشة
   في اثناء قيامهم بعملهم، أو الذين يعانون من قلق نفسى.
- قد يعتاد بعض الأشخاص حك الجلد على نحو متكرر مكان الإصابة مما قد يؤدي إلى تشكل التهاب جلد واعصاب ثانوي أو تشكل الحزاز البسيط المزمن (تحزز) الذي يمكن أن يعد من عقابيل الرض المهنى.
- قد يحدث فرط تصبغ ثال للائتهاب أو نقص تصبغ في
   المناطق المصابة.

# الإندار

- التهاب الجلد بالتماس التخريشي هو أكثر أمراض
   الجلد المنية مصادفة (۱۱٪).
- الإندار جيد عند الأشخاص غير المسابين بالتأتب إذا ما شخص المرض وعولج مباشرة.
- التعرض الأشخاص التأتبيون كثيراً للإصابة بالـ ICD ولذا يجدون صعوبة في ممارسة بعض المهن (مثل التمريض وحلاقة الشعر).
- تحدث ظاهرة التقسية hardening وهي نوعية لـ ICD لدى بعض الأشخاص لكنها لا تحدث عند جميع الأشخاص المرصين للمخرش.
- بجب العمل على زيادة السيراميدات الليبيدية في الطبقة المتقرنة إذ قد يكون لها شأن في الوقاية من التخريش.
- يجب الانتباه إلى إمكان حدوث التهاب الجلد بالتماس
   الأرجى الثانوي.
- تثقیف المرضی لتجنبهم المخرشات الجلدیة فإن إصابتهم قد تتفاقم أو یصابون بها مجدداً إذا استمروا علی استعمال المواد المسیمة المخرشة.

:allergic contact يه التماسي الأرجي dermatitis (A C D)

يحدث التهاب الجلد التماسي الأرجي حين يتم تماس مادة مؤرجة لجلد محسس لها سابقاً، ولدى فرط حساسية مكتسبة من النمط الأجل تعرف بفرط الحساسية المتواسطة بالخلايا cell-mediated. وقد يتحرض التهاب الجلد التماسي الأرجي عند استعمال المريض المادة المحسسة التي تحسس لها سابقاً وذلك بتطبيقها موضعياً، يذكر مثلاً على ذلك تناول بعض الأدوية داخلاً وبعدها القيام بتطبيقها موضعياً، ويطلق على هذه الظاهرة التهاب الجلد التماسي الجهازي ويطلق على هذه الظاهرة التهاب الجلد التماسي الجهازي العلادي قد يظهر أولاً في مكان التحسس الجلدي

الأولي أو اختبار التحسس التماسي ولكن قد ينتشر ويصبح حصبوي الشكل أو أكزيمائي الشكل.

الفيزيولوجية المرضية: تتصف معظم المستأرجات الفيزيولوجية المرضية: تتصف معظم المستأرجات allergens البيئية بكونها جزيئات كيميائية بسيطة أطلق عليها اسم "النواشب haptens" ينبغي لها أن ترتبط بالبروتينات لتُشكّل مستضدات sensitization كاملة قادرة على إحداث التحسس sensitization. تتحد هذه النواشب ذات الجزيئات الكهربائية الصغيرة (KDa) ك) مع حامل البروتينات عن طريق الرابطة التساهمية via covalent bond كالتحاد الذرات.

يوجد ما يزيد على • ٣٧٠ من المستأرجات البيئية متعارف عليها، إلا أنها ليست جميعها نواشب قابلة الارتباط بحوامل البروتينات، حيث إن عوامل عديدة تسهم في تحديد قابلية الاستضداد antigenicity في الجزيء الكيميائي، ومن هذه العوامل: طبيعة المحددات الاستضدادية. والشكل العوامل: طبيعة المحددات الاستضدادية. والشكل configuration النهائي ذو الأبعاد الثلاثية الذي يكون عليه الجزيء المقترن sonjugate، وعوامل آخرى غير محددة بعد ولا يمكن مع ذلك الاستهانة بمكانة تلك الجزيئات غير المسسات المستهنعة nonimmunogenic إذ إن وجودها مع محسسات التماس القوية يمكن أن يحدث حالة تحمل tolerance عوضاً

يأخذ موقع ترابط مستأرجات التماس (بالحامل) مكانه في HLA-DR أو في الموقع الثاني cless Il للمستضدات الموجودة على سطح خلايا لانفرهانس (في البشرة).

تؤدي السيتوكيئات أيضاً دوراً مهماً هي ACD الأنها تنظم مريئات الالتصاق الإضافية accessory-adhesion molecules مثل جزيئات الالتصاق ما بين الخلايا ١ قد يكون الأنترلوكين مثل جزيئات الالتصاق ما بين الخلايا ١ قد يكون الأنترلوكين الممن السيتوكينات التي تشير إلى ACD وليس إلى ICD. ممن السيتوكينات التي تشير إلى ACD وليس إلى الممند يمكن لخلايا الانفرهانس أن تهاجر من البشرة إلى الممن اللمفاوية في الناحية. يحتاج حدوث التحسس إلى ممرات لمفاوية سليمة: لذا فإن التحسس الأولي يحتاج إلى ١٤-١٠ ليوماً من التعرض الأولي للمادة المؤرجة بالتماس مثل سم الليلاب. يحدث عند بعض الأشخاص تحسس نوعي اللمستأرجات مثل (الكرومات في مادة الإسمنت) بعد سنوات من التعرض المزمن على نحو خفيف مترافق مع التهاب جلد من التعرض المزمن على نحو خفيف مترافق مع التهاب جلد بالتماس تخريشي بسبب الطبيعة القلوية للاسمنت. تبقى الخلايا المتاثية الذاكرة + CD4 + CCR10 في الأدمة بعد الشفاء السريري لل ACD . لا يمكن كشف أضداد محسسة في المصل الأن للمؤرجات قدرة محدودة أو غير قادرة إطلاقاً

على تأدية دور مستضد يحث على انتاج الأضداد.

عندما يحدث تحسس المدة كيميائية يظهر الـ ACD خلال عددة ساعات إلى عدة أيام من التعرض.

يصيب الـ ACD النساء أكثر من الرجال؛ وذلك بسبب التحسس للنيكل الأكثر مشاهدة لدى النساء،

#### السريريات

(۱)- القصة السريرية: يجب أخذ القصة السريرية الفصلة للمرضى المصابين بالـ ACD قبل إجراء اختبار التحسس الرقعي وبعده وذلك لتقييم الـ ACD. كما يجب إجراء اختبار التحسس الرقعي للمواد التي يتعرض لها المريض والتي يمكن أن تكون سبب الأفة.

علماً بأن للقصة المرضية أهمية بعد إجراء اختبارات التحسس الرقعية وذلك لتحديد ما إذا كانت هذه المواد المؤرجة هي المسؤولة الوحيدة عن التهاب المجلد لدى المصاب. وتدل إيجابية الارتكاس الرقعي على حساسية المريض لهذه المادة، ولكنها لا تؤكد أن هذه المادة هي السبب في التهاب المجلد الأرجى.

 (٢) - الأمراض الجلدية الموجودة سابقاً: قد بفيد البحث عن أمراض جلدية سابقة لمرفة المادة المؤرجة المحتملة:

- ♥ إن المرضى المصابين بالمتهاب جلد ركودي هم أكثر عرضة للإصابة بالـ ACD للمواد المطبقة في منطقة التهاب الجلد الركودي وقرحات الساق. فالنيومايسين هو سبب مهم في إحداث الـ ACD لأنه كثيراً ما يستعمل في معالجة قرحات الساق.
- والمصابون بالشهاب الأذن الخارجية يشحسسون للنيومايسين الموضعي والستيرونيدات الموضعية.
- والمصابون بحكة شرجية أو فرجية قد يتحسسون للبنزوكائين والأدوية الأخرى المطبقة سابقاً لمالجة هذه الآفات الحاكة المزمنة.
- النساء المصابات بحزاز تصلبي ضموري قد يصبن بالـ
   ACD على نحو متكرر مضاعفة لهذا الجلاد الفرجي المزمن
   الشديد.
- والأشخاص المسابون بالتهاب جلد تأتبي أكثر عرضة لحدوث التهاب جلد اليدين اللانوعي والتهاب جلد اليدين التخريشي.
- والأشخاص الذين في سوابقهم قصة مرضية لالتهاب جلد تأتبي ليسوا أكثر عرضة للإصابة بالتهاب الجلد بالتماس الأرجي على الرغم من العدد الكبير من الأدوية المطبقة موضعياً والمطريات التي يستعملونها.

والتأتبيون أقل عرضة للإصابة بالا ACD لسم اللبلاب.
 وتشير بعض الدراسات الأوربية إلى حدوث نسبة أكبر
 من التهاب الجلد بالتماس الأرجي ACD للنيكل لدى
 التأتبيين.

(T)- الأعراض؛ يظهر التهاب الجلد خلال بضعة آيام من التعرض للمؤرج عند الأشخاص الصابين بالـ ACD في المناطق المرضة مباشرة للمادة المؤرجة، ويعض المواد المؤرجة لا تدخل الجلد السليم بسهولة ولذا يتأخر ظهور الـ ACD للديهم.

يتطلب حدوث التحسس النوعي في الأشخاص النبين يتعرضون لمواد جديدة بالتماس عشرة أيام على الأقل.

يظهر التحسس لسم اللبلاب في الشخص الذي يتعرض له لأول مرة بعد أسبوعين من التعرض ويتجلى بالتهاب جلد خفيف، ويحدث التهاب جلد شديد خلال يوم أو يومين من التعرض الثاني والتعرضات التالية. وتصعب إزالة سم اللبلاب من الجلد، وإن لم يتمكن الشخص من غسل المنطقة المعرضة لهذا السم خلال ٣٠ دقيقة يحدث ACD ويتميز في هذه الحال بالشكل الخطي للأفات ACD ويتميز في

ومن المعلوم أن سبب التهاب الجلد الخطي أو المحدد يكون دائماً خارجي المنشأ ـ كما يوحي حدوث التهاب الجلد مباشرة بعد التعرض للمادة الأول مرة بالارتكاس التحسسي التصالبي أو تعرض سابق منسي، أو التهاب جلد تماس تخريشي الانوعي بسبب المادة المطبقة .

# وقد عرفت حالات مرضية خاصة لالتهاب الجلد التماسي الأرجى منها التالية:

(۱)- شرى التماس contact urticaria: عندما تتخرب وظيفة الحاجز للطبقة المتقرنة تتمكن الذرات الكبيرة مثل البروتينات من اختراق الجلد مسببة شرى التماس الناجم سواء عن ارتكاس مناعي نوعي (شرى التماس المناعي) الذي يمكن إثباته باختبارات الوخز، أم عن ارتكاس لانوعي (شرى التماس اللامناعي) الذي لا يمكن إثباته بالاختبارات الذي لا يمكن إثباته بالاختبارات الشخيصية وإنما يجب الاعتماد كلياً على القصة المرضية التي تكون نوعية.

يشكو الأشخاص المصابون بأكريمة وشرى التماس الثانوي من حكة ووخز وحس حرق بعد ثوانٍ أو دقائق من تماس المواد المؤرجة مثل الفواكه والخضار واللحوم والأسمالك النيئة والتين والفجل والبصل ويعض الأطعمة الأخرى ونبات القراص، كما أن أهم منشأ لشرى التماس الأرجي هو التحسس للاتكس الموجود في القفازات المناطية. واكثر

العرضين للإصابة به هم المصابون بالتهاب جلد اليدين العاملين في المستشفيات، والأطفال المصابون بالسنسنة المشقوقة spina bifida، والتأتبيون هم معرضون للالصابة بشرى التماس للاتكس المطاطى.

وقد يسبب تقشير البطاطا شرى التماس مع حكة حول العينين والأنف عند نحو ثلث النساء المصابات بأكزيمة اليدين المزمنة.

ذكرت حوادث نادرة للارتكاسات التأقية المباشرة للصادات الموضعية مثل (الباسيتراسين bacitracin).

 (۲)- التهاب الجلد المهني occupational: التهاب الجلد التماسي الهني أكثر الأمراض الجلدية الهنية شيوعاً، ويعد واحداً من عشرة أمراض مهنية يمكن أن تعوق الشخص عن العمل.

تشير بعض الدراسات أن ٨٣٪ من حالات التهاب الجلد المهني تتوضع على الهدين؛ إذ إنها أكثر الأماكن عرضة للمؤرجات بالتماس أو الخرشات في العمل وفي المنزل.

قد يتحسن التهاب الجلد التماسي الأرجي الناجم عن العمل في أثناء العطل، وإذا كانت الإصابة عند عدد من الأشخاص العاملين فإن تشخيص التهاب الجلد التخريشي التماسي هو التشخيص المرجح: إذ يندر أن يتحسس بالمؤرجات عدد كبير من الأشخاص.

أما الأسباب المؤدية إلى التهاب الجلد المهني الأرجي فهي:

• الهوايات hobbies: قد تكون الهوايات سبباً في حدوث الد ACD مثل تحميض الأفلام باستعمال المواد الكيميائية المظهرة للألوان: إذ تسبب حزازاً مسطحاً بعد التعرض المباشر

• الأدوية، قد تكون الأدوية الخارجية التي تطبق تلقائياً أو الموسوفة من قبل الطبيب سبباً مهماً للـ ACD، وسبب ظهوره عند بعض الأشخاص إما تحسس للمواد الحافظة وإما للسواغات وإما للمواد الفعالة في الأدوية الموضعية وخاصة النيومايسين والستيروئيدات الموضعية. ويجب إخضاع المرضى المصابين بالتهاب الجلد التماسي الأرجي الذين لم يستجيبوا للمعالجة الموضعية بالستيروئيدات وسواغاتها، للاختبارات الرقعية لسلسلة من الستيروئيدات وسواغاتها،

#### القحص السريرى:

يتصبف التهاب الجلد التماسي الأرجي ACD الحاد بحطاطات حاكة وحويصلات على قاعدة حمامية. قد يتجلى ACD المزمن بلويحات متحززة حاكة أحياناً. وقد يصيب الجلد بأكمله (كما في الأحمرية والتهاب الجلد التقشري

exfoliative، وإن معرفة مكان الإصابة الأولية يدلنا غالباً على معرفة السبب المحتمل للـ ACD.

ACD البدان: هما من الأماكن المهمة للإصابة بالـ ACD وخاصة الناجمة عن العمل، وتقدر بـ( ٨٠٠) من جميع التهابات الجلد المهنية. ومن الأسباب الشائعة لهذا الالتهاب المواد الكيميائية في القفازات المطاطبة وكل من بارا فيلين ديامين وغليسيريل مونوتيو غليكولات، وامونيوم بيرسلفات عند مصففي الشعر، ومادة الفورم ألدهيد الموجودة في بعض المنظفات وأوراق المرحاض، والدقيق والقلي المستعمل في صنع الحلويات عند الخبازين.

ويعد العمل الرطب والرطوبة المنخفضة من عوامل الخطورة في إحداث التهاب جلد اليدين، فنقص الرطوبة تخرب الوظيفة الحاجزية للجلد وبالتالي تزيد نفوذية المستأرجات والمخرشات كما تزيد عدد خلايا لانغرهانس البشروية، كما يكثر التهاب جلد اليدين بالتماس عند التأبيين. لذا يجب نصح هؤلاء المرضى تجتب بعض المهن، مثل تصفيف الشعر والعمل في المطاعم وتصليح السيارت وأعمال المعادن.

● حول الشرح perianal: يتكرر حدوث الـ ACD في منطقة

حول الشرج نتيجة استعمال أدوية محسسة مثل (البازوكائين الموضعي).

- اثنهاب الأذن الخارجية: الأدوية الموضعية من الأسباب
   المهمة في حدوث ACD في حالات النهاب الأذن الخارجية.
- التهاب الأجفان: يحدث الأرج للمواد الكيميائية الموجودة
   في المستحضرات العينية التهاب الجلد حول العينين.

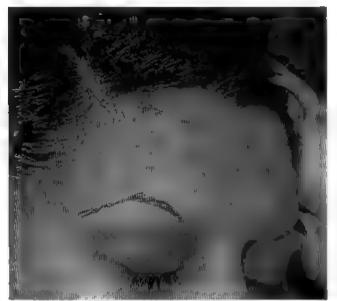
كما قد تحدث المواد الكيميائية المحمولة في الهواء التهاب الجلد التماسي الأرجى عادة على الأجفان.

التهاب الجلد الركودي والقرحات الركودية: يبدي الأشخاص المصابون بالتهاب الجلد الركودي والقرحات الركودية استعداداً للإصابة بالـ ACD بسبب الأدوية الموضعية المطبقة على المنطقة المصابة والاسيما تطبيق هذه الأدوية المغلق والمزمن.

وقد يظهر التهاب جلد تماسي أرجي منتشر بعد تطبيق أدوية موضعية على الأفة أو بسبب التصالب الدواشي الارتكاسي للأدوية المجموعية المعطاة وريدياً. فمثلاً قد يحدث لدى المريض الذي يبدي حساسية للنيومايسين التهاب جلد بالتماس منتشر مجموعي إذا عولج بالجانتامايسين وريدياً.



منطقة خلف الأزن



(الشكل ١٢) التهاب جلد ثماسي ارجي لصبغة الشعر.

الحمامي عديدة الأشكال: وصفت حالات نادرة من
 الحمامي عديدة الأشكال حدثت بعد ACD ناجم عن
 التعرض لسم اللبلاب والنبكل وصبغة الشعر.

#### الأسباب:

تتنوع المؤرجات الدرجة كبيرة وقد تكون غير بروتينية الطبيعة، كما أن هناك عدة مواد ثبت أنها مؤرجة كالصبغات (الشكل ١٧) والمواد الوسيطة فيها والزيوت والراتنجيات ومشتقات قطران الفحم، والمواد الكيميائية المستعملة في صباغة النسيج والمطاط، ومواد التجميل، والمبيدات الحشرية وزيت وراتنج الخشب، ونواتج الجراثيم والفطور والطفيليات وموادها.

وهناك ٢٥ مادة كيميائية مسؤولة عن إحداث نصف حالات ACD.

سم الليلاب poison ivy؛ يتصف بإحداث التهاب جلد
 حاد خطي حين يتم التماس المباشر مع هذا النبات. ويحدث
 الالتهاب خلال ١٨ ساعة من التعرض للنبات عند شخص
 محسس سابقاً.

وهناك تصالب تام بالحساسية لسم اللبلاب مع زيت قشر جوز البلاذر cashew nut shell oil ومع قشر ثمرة المتفا ومع لب ثمر شجر الجنكاو ginkgo tree؛ إذ يحدث أكل هذه الثمرة التهاب ما حول الشرج، أما مادة الجينكو بيلويا (التي تعطى عن طريق الفم لمعالجة الاضطرابات الدماغية والتي تنتج من مستخلص أوراق الشجر) فإنها لا تحدث أرجاً تماسياً مجموعياً عند تناولها.

• النيكل: هو أحد الأسباب الرئيسة في إحداث ACD في العالم. يتصف بحدوث التهاب جلد مكان تماس الحلي أو تماس زر بنطال الجيئز المحتوي على النيكل مع الجلد. يمكن أن يعد النيكل من المؤرجات المهنية وهو ما يشاهد عند مصففي الشعر، ويائعي المفرق، وعمال النظافة والعاملين بالمعادن، وقد يظهر لدى بعض الأشخاص الذين لديهم تحسس للنيكل حويصلات على حواف الأصابع (اكزيمة عسر تعرق) من النيكل في الغذاء (الأشكال ١٣ و١١ و١٥ و١١).

يزيد التعرق من شدة التهاب الجلد التماسي الأرجي للنيكل بسبب احتواله على كلور الصوديوم الذي يتحد مع النيكل ليشكل كلور النيكل، وقد تساعد الوقاية على التعرق في تخفيف الإصابة.

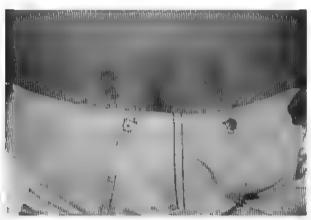
 المواد الكيميائية في القفازات المطاطية: يشك بها حين حدوث ACD مزمن في أيدي الأشخاص الذين يستعملون هذه القفازات إلا إذا أثبتت الاختبارات الرقعية أسباباً أخرى،

كما يمكن لهؤلاء الأشخاص أن يصابوا بالتهاب جلد من التعرضات الأخرى لهذه المواد الكيميائية (تحت الحزام المطاطئ مثلاً).

التهاب الجلد بسبب الماليس؛ يظهر في الأشخاص
 المتحسسين للأصبفة النسيجية أو المواد الكيميائية المضافة



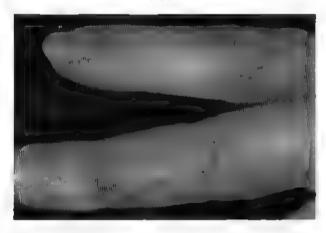
الشكل (١٣) التهاب جند تماسي أرجى بسبب قلادة حاوية على النيكل



الشكل (١٤) التهاب جلد تماسي أرجي بسبب مسمار معدني (تيكل) في الجيئز



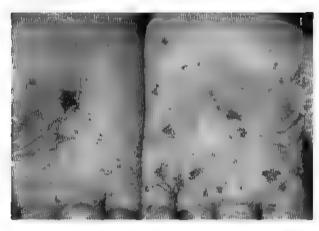
الشكل (١٥) التهاب جلد تماسي أرجي بسبب زر معدني (نيكل) في الجيئز

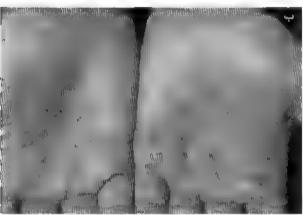


الشكل (١٦) التهاب جلد اندفاعي مطاطي حويصلي على جوانب الأصابع عند امرأةٍ متحسسة للنيكل. تحسن بعد حمية لا تحتوي على النيكل

إلى النسيج التهاب جلد على الجذع خاصة على طرفي الجذع ويعف عن قمة الإبط. وحين الشك بحدوث هذا النوع من المتهاب الجلد بالتماس الأرجي يجب إجراء الاختبارات التحسسية لمجموعة من المواد الكيميائية النسجية ولاسيما إذا أثبتت الاختبارات الرقعية المنوالية عدم وجود أرج لمادة الفورم ألدهيد. علماً أن الثياب الجديدة تسبب الـ ACD لأن معظم الحسسات تخف كثافتها في الثياب مع الغسل المتكرد.

المواد الحافظة المضافة لمواد التجميل والمطريات والأدوية الموضعية هي سبب رئيس في إحداث ACD. إن أكثر المواد الحافظة استعمالاً تشمل البارابين (الشكل ۱۷)، وهي سبب غير شائع لحدوث ACD رغم استعمالها المنتشر. وأكثر ما يحدث الـ ACD هي مادة الفورم الألدهيد التي تتحرر من بعض المواد الحافظة الكيميائية المستعملة على نحو واسع في الشامبو واللوسيون، والمطريبات الأخرى والمزوقات





(الشكل ١٧) أ- التهاب شديد في الراحتين. ب- روال الالتهاب بعد حمية خالية من المواد الحافظة

- Quatemium-15) وimidazolidine وimodazolidine)؛ مما دعا إلى تسميتها محررات الفورم الدهيد.
- العطور: يمكن أن يبدي بعض الأشخاص أرجاً للعطور الموجودة في (الكولونيا) ومستحضرات بعد الحلاقة ومزيلات الرائحة deodorants (الشكل ۱۸) والصوابين وفي عدد كبير من المنتجات لتغطية بعض الروائح غير المستحبة. وتعد مزيلات الرائحة من أكثر أسباب الـ ACD الناجم عن العطور لأنها تطبق في مناطق مغلقة.
- الستيروثيدات الموضعية: يحدث لدى عدد كبير من
   الأشخاص المصابين بالتهاب جلد مزمن أرج للستيروثيدات
   الموضعية.
- النيومايسين الموضعي: قد يحدث الأشخاص الذين الديمة أرح لمادة النيومايسين المطبقة موضعياً، ويمكن أن يكون لديهم تحسس اللادوية المشابهة كيميائياً مثل الأمينوغلايكوزيد aminoglycoside كالا (الجانتامايسين والتوبرامايسين).
- البنزوكائين الموضعي: يمكن ثلاث خاص المسابين بالأرج





الشكل (١٨) التهاب جلد أرجى في الإبط بسبب مزيلات التعرق والرائحة

للبنزوكائين benzocaine استعمال xylocaine موضعياً أو مجموعياً: لأنه لا يتصالب مع البنزوكائين.

● الواقيات الشمسية، يبدي عدد كبير من الأشخاص ارتكاسات سيئة نحو الواقيات الشمسية، لكن أغلبهم ليس لديهم أرج نحو تلك المواد الواقية. وإنما ينجم تحسسهم عن المواد الحافظة في هذه المستحضرات أو عن التهاب جلك تخريشي لانوعي من هذه المواد.

التهاب جلد تماسي أرجي ضيائي، قد يحدث عند بعض الأشخاص التهاب جلد تماسي أرجي ضيائي photo ACD. وقد يزداد الـ ACD بعد التعرض للأشعة فوق البنفسجية (UV)، كما أن بعض المرضى لا يبدون الـ ACD إلا إذا وجدت المادة المؤرجة على الجلد وتعرض الجلد بعدها مباشرة لكمية مناسبة وكافية من الأشعة فوق البنفسجية A.

#### التشخيص التفريقى:

يجب التضريق بين الـ ACD وبين السعفات الفطرية ولاسيما المتوضعة على اليدين والقدمين. وتوحي الاندفاعات غير المتناظرة على اليدين والقدمين بوجود الخمج الفطري.

- ♦ الأرتكاس التحسسي الثانوي الثاني Id reaction: هو اندفاع حويصلي متناظر حاك بشدة، متوضع على حواف الأصابع والراحتين والأخمصين. أما الاندفاعات السطحية فتتجلى بشكل وسوف صغيرة.
- ♦ الصداف: تكون الأفات محددة الحواف. يبدي الحك
   الوسوف الشمعية البيض الفضية الميزة للصداف. لا يمكن

التفريق بين الصداف المتوضع في الراحتين وبين الأكزيمة المتقرنة إذا لم ترافق الأفات اندفاعات صدافية أخرى في باقى أنحاء الجلد أو الأظفار.

- ♦ الحزاز المسطع: يتصف بالاندفاعات البنفسجية اللماعة المغطاة بشبكة ويكهام. وقد تشاهد تلك الاندفاعات الحزازية على ظهر اليدين والأصابع وقد تكون حاكة بشدة. يكون التشخيص سهلاً بوجود توضعات أخرى للأفات في الجسم أو الأغشية المخاطية في باطن الخدين حيث تشاهد اندفاعات شبكية بيضاء.
- ♦ النابة الحمامية: تنظاهر النئبة الحمامية الجلدية القريصية على البدين ببقع محددة حمامية وسفية. أما أفات النئبة الحمامية الجهازية فتتصف بحمامي ووذمة في الجلد وتبدلات شبيهة بالتهاب الأوعية. ومن العلامات الوصفية وجود توسعات شعرية حول الأظفار.
- التهاب الجلد والعضالات: يتصف بظهور حمامي مزرقة
   على جلد الوجه وظهر الأصابع ولاسيما على البراجم
   (عقيدات غوترون).
- ♦ تصلب الجلد المجموعي: يصبح الجلد ملتصفاً على
   النسج ثحته وقد تظهر تقرحات على السلاميات القاصية.
   كما يجب التفريق بين التهاب الجلد التماسي الأرجي

الأكزيمة الجافة والأكزيمة التأتبية والتهاب الجلد التماسى التخريشي واللمفوما الجلدية التائية، والتهاب ما

حول الفم والتهاب الجلد الفرقري المصطبغ والأكال العقيدي والتهاب الجلد المهني، والتهاب الجلد الركودي والشرى. وفي التهاب جلد اليدين والقدمين يجري الفحص المباشر للتحري عن الفطور بالـ KOH والزرع لنفي وجود آفة فطرية.

# :patch testing الاختبارات الرقمية

غائباً ما يكون الاختبار الرقعي مؤكداً ومشخصاً، ولكن ضمن إطار القصة والموجودات السريرية، يجب إجراء هذه الاختبارات الرقعية لمعرفة هوية المادة الكيميالية المؤرجة للشخص.

# وللحصول على نتائج صحيحة حين إجراء الاختبارات الرقمية:

يجب أخذ قصة المريض السريرية مع التركيز على المهنة المحاضرة ومكان العمل والمواد المتي تستعمل في العمل والأعمال السابقة والمواد المستعملة سابقاً ثها أهميتها لأنها قد تكون مسببة لأرج كامن. ويجب المتحري عن الهوايات والمواد المعرض لها هي أثناء ممارستها وأخيراً يجب معرفة الأدوية الكيميائية أو العشبية أو الشعبية التي يتناولها المريض. بعد ذلك يجب إجراء فحص شامل للجلد والأغشية المتأكد من أن المريض غير مصاب بالتهاب جلد حاد ومنتشر، التأكد من أن المريض غير مصاب بالتهاب جلد حاد ومنتشر، سلبية (ستيروئيدات ومثبطات)، إضافة إلى ارتكاسات سلبية (ستيروئيدات ومثبطات)، إضافة إلى تأجيل سلبية (المقعية للحامل إلى ما بعد الولادة.

وهناك مجموعات معروفة ومتنوعة من المواد المؤرجة محضرة تجارياً لهذه الغاية، تتألف من مواد يشتبه بأنها مسببة لالتهاب الجلد التماسي ويتراكيز غير مخرشة، تطبق على الجلد السليم، وتقرأ النتيجة بعد ٤٨ ساعة.

وقد يحدث التفاعل الإيجابي للاختبار الرقعي حكة ملحوظة وحمامى، أو حويصلات صغيرة، وقد يحدث تفاعلاً فقاعياً، وتدرج نتائج التفاعلات الرقعية بحسب الدرجات التائية:

(۱) لا تفاعل: (۱+) حمامی: (۲+) حمامی وحطاطات: (۲+) حمامی وحطاطات وحویصالات: (۲+) وذمة ملحوظة وحویصالات.

هذا وتؤدي بعض المواد مثل النيومايسين إلى ارتكاس ايجابي متأخر ثلاختبار الرقعي بعد ٤ أيام أو أكثر من التعرض الأولي. ويتأخر ظهور الارتكاس للاختبارات الرقعية في المسنين أكثر من الشباب.

وإضافة إلى الاختبارات الرقعية للمواد المؤرجة التقليدية

التي تجري على المرضى هنائك سلسلة الاختبارات المقعية الإضافية التي يمكن أن تجرى إذ ما شك بإحداثها لـ ACD ومنها:

- الستيروليدات خاصة tixocortol وbudesonide
  - المواد الموجودة في المزوقات.
- المواد المستعملة في طب الأسنان التي قد تسبب التهاب
   الأغشية الخاطية والشفة في مرضى الأسنان، أو قد تسبب
   التهاب جلد مزمناً في اليدين في طبيب الأسنان ومعاونيه.
- المواد المستعملة من قبل مصففي الشعر التي قد تسبب
   التهاب جلد الوجه والأذنين والرقبة عند الزبائن، والتهاب
   جلد مزمناً في البدين أو الأجفان عند مصففي الشعر.
  - العطور الموجودة في المزوقات.
- المؤرجات المهمة غير الموجودة في الاختبارات الرقعية
   التقليدية التي قد تكون من الأسباب الكثيرة المشاهدة في اله
   ACD:
  - الباسيتراسين bacitracin.
- ♦ الأكريالات المستعملية في طب الأستان والأظفار
   الاصطناعية والطباعة.
  - الثواد الكيميائية المستعملة في الحير.
    - مييدات الهوام pesticides.
- ♦ المواد الكيميائية المستعملة في الآلات مثل الزيوت المدنية وسوائل زيوت القطع cutting oil.
- ♦ المواد الكيميائية المستعملة في التصوير والتحميض.
  - ♦ النباتات غير نبات اللبلاب.
  - ♦ المواد الكيميائية في البلاستيك واللصوق.
    - المواد الكيميائية الموجودة في المطاط.
- ♦ المواد الواقية من الأشعة فوق البنفسجية الموجوة في
   الواقيات الشمسية.
- ♦ المواد الكيميائية الأخرى المسببة لالتهاب الجلد الأرجي الضوئي.
- الاختبار الرقعي الضوائي: ويجرى بتطبيق صف مزدوج من اختبار رقعي مضاعف على الظهر يعرض أحدهما للأشعة طوق البنفسجية (10j/ m²/UVA) ويترك الأخر مستوراً وذلك للتفريق بين الـ ACD والـ ACD المتفاقم بالأشعة طوق البنفسجية وبين الـ Photo ACD . يقرأ المكانان بعد ٤٨ ساعة من التطبيق وبعد ٧٢ ساعة.
- الخرّعة: تساعد الخرّعة الجلدية على نفي وجود أمراض أخرى ولاسيما السعفات الفطرية، والصداف، واللمضوما الجلدية.

# الموجودات النسجية:

الموجودات المنسجية للـ ACD مماثلة للموجودات في الأشكال الأخرى من الأكزيمة، فقد يشاهد التهاب جلد مزمن تحت حاد أو حاد.

في الالتهاب الحاد وتحت الحاد تحتوي الرشاحة الخلوية في التهاب الجلد التماسي الناجم عن الأدوية غالباً على اللمفاويات والخلايا وحيدات النوى. كما توجد وذمة بشروية (تسفنج وتشكل حويصلات دقيقة).

أما في الالتهاب المزمن فيحدث تسمك في البشرة (أشواله) مع فرط تقرن وخطل تقرن.

وقد تظهر يسبب الـ ACD خلايا تائية شاذة مقلدة الفُطار الفطراني (الشكل ١٩).

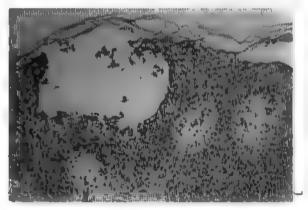
#### المالحة

بجب تحديد سبب الـ ACD وتجنبه، وإلا فإن المريض معرض للإصابة بالتهاب جلد مزمن وناكس.

# symptomatic treatment المالجة المرضية

يساعد تطبيق ضمادات باردة مبللة بمصل ملحي في
 التهاب الجلد الحويصلي الحاد.





الشكل (١٩) الموجودات النسجية لالتهاب الجلد التماسي الأرجي الحاد تبدي تحوصلاً سفاجياً واضحاً في البشرة

 تفيد مضادات الهيستامين المهدئة داخلاً في تخفيف الحكة.

پفید استعمال المطریات عدة مرات پومیاً ولاسیما علی
 الیدین.

# (ب)- المالجة المضادة للالتهاب:

• الستيروليدات corticosteroids: المالجة الأساسية لـ ACD هي تطبيق الستيروليدات الموضعية المناسبة مكان الإصابة. فلمعالجة الـ ACD الشديد على اليدين يطبق ستيروليد نفوذ درجة I مدة ثلاثة أسابيع، في حين يطبق ستيروليد درجة I أو ٧ لالتهاب الجلد في الثنيات.

ويعالج الـ ACD الشديد بالستيروئيدات الجهازية مدة أسبوعين.

• معدلات المتاعدة الموضعية modulators: تستعمل لمالجة التهاب الجلد التأتبي وتوصف أيضاً في الـ ACD لأن لها مزايا آمنة أكثر من الستيروئيدات الموضعية. ولا تسبب هذه المواد ضموراً في الجلد أو زَرقاً أو ساداً إذا طبقت قرب العين. تطبق مادة (elidel cream) مادة (ACD على الوجه، في pimecrolimus موضعياً لمعالجة الـ ACD على الوجه، في حين تطبق مادة (1% oint ، protopic) tacrolimus على الميدن. وجود خمج ثانوى مرافق ثلالتهاب بل يجب معالجة الخمج أولاً.

• البسورائين + الأشعة فوق البنفسجية UVA psoralen:
عير plus قد يستفيد الأشخاص المصابون بالـ ACD وغير الستجيبين للمعالجة بالستيروئيدات الموضعية من تطبيق البسورائيذات مع الأشعة فوق البنفسجية.

\* مثيطات المناعة؛ من النادر اللجوء إلى مثبطات المناعة الجهازية مثل الد eyclosporine أو eyclosporine في معالجة المحالات المعقدة والشديدة المزمنة والمنتشرة من ACD مثل الأفات المستمرة على الوجه ولاسيما التهاب الأجفان أو النشاطات التهاب جلد اليدين الذي يحول دون العمل أو النشاطات الحياتية اليومية.

disulfiram JI • يستعمل في بعض الحالات النادرة في معالجة الأشخاص المصابين بالتهاب جلد اليدين الشديد الحويصلي نتيجة إصابتهم بأرج شديد للنيكل. يساعد فعل هذا الدواء المستخلب chelating على إنقاص النيكل من الحسم.

وقد يحدث تناول الكحول اختلاطات شديدة عشد الأشخاص المالجين به.

الحمية: قد توجد في الطعام بعض المواد الكيميائية

العروف بالاختبارات الرقعية أنها محسسة؛ لذا يجب معالجة المرضى الذين يشكون من التهاب جلد البدين الحويصلي الشديد باتباع حمية تحتوي على كمية قليلة من المعادن والواد الكيميائية التي يتحسس منها الشخص.

#### المتابعة

- ♦ العناية اللاحقة في المستشفيات: إذا أصيب المريض بارتكاسات أرجية شديدة ناجمة عن استعمال مؤرجات في البيت أو في مكان العمل يجب إبعاده عن هذه الأجواء حتى معرفة سبب التهاب الجلد.
- ♦ العناية اللاحقة خارجياً: قد يحتاج الشخص الذي يبدي نكساً أو اشتداد التهاب الجلد الأرجي إلى آخذ قصة مرضية جديدة واختبارات رقعية إضافية.
- ♦ الوقاية، للوقاية من رجوع المحك يزود المريض بمعلومات وافرة عن المؤرجات ونمط المستحضرات الحاوية على هذه المؤرجات. أما لتجنب المؤرجات الموجودة في الأدوية والمزوقات فيجب قراءة مكونات هذه المواد ولاسيما عند الأشخاص المصابين بالأرج للعطور fragrances، والحافظات preservatives

#### المساعفات:

- يتضاعف الـ ACD أحياناً بالتهاب جرثومي ثانوي يمكن
   معالجته بالصادات الجهازية المناسبة.
- وقد تظهر عند الأشخاص ذوي البشرة الغامقة مناطق من فرط التصبغ أو نقص التصبغ في مكان الـ ACD.
   الانتاب
- يستمر الـ ACD أو ينكس عند بعض الأشخاص ولاسيما إذا لم تعرف المواد المؤرجة، أو إذا استمروا في استعمال المواد المنظفة القاسية لفسل الجلد، أوعند عدم تطبيق المطريات اللطيفة لحماية جلدهم.
- يعتقد أن الاستجابة للعلاج وتراجع الـ ACD بعد اكتشاف السيب وتجنبه تتبع مدة حدوث الـ ACD وشدته.

# ٧- التهابات الجلد الأكزمالية الأخرى:

تضم هذه الالتهابات عدة حالات، تبدأ بالتهاب جلد سطحي قد يتطور تدريجياً حتى مرحلة التحزز، وتشمل أكريمة عسر التعرق والأكريمة النمية. تبدو المرحلة الحادة بشكل لويحة حمامية وذمية، تظهر عليها مجموعات حويصلية صغيرة. أما المرحلة تحت الحادة فتبدو بشكل لويحات حمامية وسفية قد تكون مستورة بالجلب، وفي مرحلة الإزمان تكون مستورة بوسوف جافة، قد تصبح متحززة.

نسيجياً: تتصف جميع الاندفاعات الأكزيمائية بحدوث نتحة مصلية بين خلايا البشرة (التسفنج) مع رشاحة لفاوية حول الأوعية في الأدمة وتسريها إلى البشرة.

يكون السفاح شديداً في المراحل الحادة، ويرافقه شواك وفرط، تقرن ضئيلان، في حين يبدي الالتهاب تحت الحاد سفاجاً بشروياً مع شواك وفرط تقرن، أما في الأفات المزمئة فيكون السفاج ضئيلاً، وتبدي الأكزيمة مهما كان السبب المحدث تبدلات نسيجية متشابهة إذا أزمنت. وتناسب مرحلة الإزمان سريرياً الحزار البسيط المزمن، وتبدي التبدلات النسيجية في هذه المرحلة فرط تقرن، شواكاً غير منتظم، وتثنياً في حزم الكولاجين في الأدمة الحليمية التي تبدو كأشرطة عمودية، أو تبدو الأدمة الحليمية متسعة غالباً مع كنسج ليفي وعاني.

تعد الحكة المعرض البارز في غالبية الارتكاسات الأكزيمائية. وتخفض الشدة النفسية عتبة الحكة التي تكون شديدة قبل النوم، وتسبب الأرق غالباً، وقد تحرض الحرارة والتخريش الفيزيائي حدوثها.

# الأكزيمة بحسب مناطق التوضع ومنهاء

(۱)- أكرّيمة الأذن: أو التهاب الأذن الخارجية وتشمل صبوان الأذن، والثلم خلف الأذن والقناة السمعية الخارجية التي تعد من أكثر المناطق إصابة في التهاب الجلد المثي والتهاب الجلد المثني والتهاب الجلد التماسى الأرجى (الشكل ٢٠).



الشكل (٣٠) التهاب الجلد المثى في منطقة متوسفة من الأذن

(٢)- اكزيمة الأجفان: تصاب الأجفان في التهاب الجلد التأتبي والتهاب الجلد التماسي الأرجي، وتسببها بعض المواد الطيارة، ورذاذ مبيدات الحشرات، كما تسببها في كثير من الحالات بعض المواد المنقولة من اليدين إلى الأجفان، حينما تحتوي بعض القطرات العينية على مواد مؤرجة يمرالمؤرج عبر القناة الدمعية الأنفية ويشاهد التهاب الجلد في منطقة المنخرين إلى جانب جلد الأجفان. يصيب التهاب الجلد الأرجي عادة الأجفان العلوية، أما التهاب الجلد التأتبي فيصيب الأجفان العلوية والسفلية (الشكلان ٢١ و٢٢).

(٣)- أكزيمة الثديين، قد تصيب الحلمتين واللعوتين، أو الجلد المحيط بهما . تكون أكزيمة الحلمتين عادة من النمط الرطب مع نتح وتشكل جلب، كما يشاهد أيضاً تشقق مؤلم ولاسيما عند المرضعات. يجب التفريق بينها ويين التهاب الجلد والأعصاب المحصور والتهاب الجلد المثني، والتهاب الجلد التأتبي، والتهاب الجلد التأنبي، والتهاب الجلد التماسي، وإذا أزمنت هذه الأكزيمة أكثر من ثلاثة أشهر وكانت وحيدة الجانب يجب نفى داء باجت في الثدي بإجراء خزعة.



الشكل (٢١) أكزيمة تماس من النيومايسين لمرهم عيني.



الشكل (٣٢) أكريمة مثية على الجفن

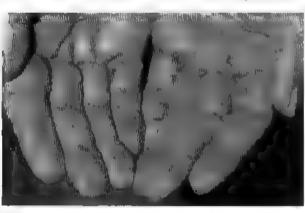
(١) - اكريمة الراحتين والأخمصين الحويصلية: هي التهاب جلد اليدين والقدمين، وتتصف سريرياً بظهور حويصلات سفاجية، حويصلات سفيرة وكبيرة، ونسيجياً بحويصلات سفاجية، وقد تأخذ هذه الأكريمة شكلاً حاداً أو مزمناً أو الاثنين معاً. تصاب اليدان على نحو شائع في التهاب الجلد التأتبي، والتهاب الجلد التماسي الأرجي، وقد يكون من المستحيل التفريق السريري بين هذه الأمراض، والخزعة ربما لا تغيد في التشخيص النهائي وما يساعد على التشخيص هو القصة المرضية المفصلة، وفحص جميع أنحاء الجسم فحصاً دقيقاً والاختبارات الرقعية التي يجب أن تشمل اختباراتها الرقعية مليفاً واسعاً من المؤرجات بحسب مكان العمل

# تقسم الأكزيمة الحويصلية الراحية الأخمصية أربع فئات اس:

والأدوية الموضعية المطبقة والأطعمة.

عسر التعرق، والتهاب الجلد الحويصلي الفقاعي المزمن الراحي الأخمصي والتهاب جلد اليدين المفرط التقرن، والارتكاسات الطفحية id reactions. ويمكن جمع هذه الأشكال الأربعة تحت زمرة التهاب جلد اليدين الداخلي المنشأ endogenous وذلك عكس التهاب الجلد الناجم عن عوامل خارجية مثل التهاب الجلد التماسي الأرجي والتهاب الجلد التماسي الأرجي والتهاب الجلد التماسي التخريشي.

(أ)- أكزيمة عسر التعرق pompholyx؛ هي أكزيمة حادة فقاعية حويصلية تظهر فجأة على الراحتين والأخمصين على الحواف الجانبية للأصابع، وتتميز بوجود حويصلات متوترة رائقة وعميقة وحاكة بشدة. يكون الطفح متناظراً وحاكاً، وتسبق الحكة عادة ظهور الاندفاع، ويؤدي تجمع بعض الحويصلات إلى تشكل فقاعات شديدة تعوق الحركة (الشكل ٢٣).



الشكل (٣٣) أكزيمة عسر التعرق، اندفاعات حويصلية حاكة متناظرة في الراحتين وعلى جوانب الأصابع

تميل أكزيمة عسر التعرق للحدوث في الربيع والصيف، وقد ترافقها الشدة النفسية، ولا تعرف اسبابها الحقيقية. ولكن لوحظ اقتران هذا الداء مع الخمج الفطري في القدمين، وفرط التعرق في الأماكن المسابة والتوتر العصبي والتهاب الجلد التماسي الأرجي، وقد تتراجع الهجمة تلقائياً خلال ٢-٣ أسابيع وقد تتجمع الفقاعات وترتشف من دون انبثاق. يمكن تفجير الفقاعات الكبيرة ولكن يجب عدم إزالة سقفها. ويتبع المرحلة الحادة مرحلة توسف المنطقة المسابة، وقد يحدث خمج جرثومي ثانوي يؤدي إلى التهاب النسيج المخلوي في المنطقة المسابة، وقد يسبب أذية لمفاوية تؤدي إلى الوذمة اللمفاوية.

(ب)- التهاب جلد اليدين الحويصلي الفقاعي المزمن chronic vesiculobullous hand eczema: يصيب النساء اكثر من الرجال بنسبة ٢-١، وتتميز الاندفاعات بحويصلات صغيرة ١-٢مم تحتوي سائلاً رائقاً وتتوضع على الحواف الجانبية للأصابع والراحتين والأخمصين كما في عسر التعرق. أما في الحالات المزمنة فتكون الأفات حمامية مفرطة التقرن، وسفية، ومتشققة. وقد يشاهد شكل عسر التعرق dyshidrosiform في أثناء اشتداد المرض. وتصاب الأظفار بالحثل dystrophy في الحالات المزمنة الطويلة الأمد. ويكون توزع الأفات ثنائي الجانب ومتناظراً.

دhyperkeratotic (ج)-التهاب جلد اليدين مفرط التقرن hyperkeratotic يصيب الرجال الكهول أكثر من النساء بنسبة ٢-١. يبدأ بشكل لويحات مزمنة مفرطة التقرن وحاكة تميل للتشقق والاسيما في المنتصف والجزء القريب من الراحتين (الشكل ٢٤).

قد تكون هذه الحال النتيجة النهائية لالتهاب الجلد التماسي الأرجي والتخريشي ولكن لا يمكن تحديد السبب على نحو عام. يصيب هذا الالتهاب الرجال متوسطي الأعمار

على نحو عام. يصيب هذا الالتهاب الرجال متوسطي الأعمار

والمستين وهو معند عادة على المالجة، ولا تشاهد إصابة الأخمصين إلا عند عدد قليل من المرضي.

كما يجب التضريق بين هذا الالتهاب وبين الصداف الذي تكون الأفات فيه محددة جيداً ويرافقها تنقر الأظفار ووجود مجموعات من البثور أحياناً.

(د)- الارتكاسات الطفحية Id reactions تشاهد حويصلات حمامية حاكة على حواف الأصابع والراحتين. يظهر الاندفاع الحويصلي فجأة ويحدث استجابة لالتهاب شديد، ولاسيما بخمج فطري في مكان آخر من الجسم. يعتقد أن هذا الارتكاس الثانوي هو ارتكاس أرجي للفطور أو لمستضد ما لا يستجيب الارتكاس الثانوي الطفحي للمعالجة بالستيروئيدات القشرية ولكن يشفى حين تعالج يؤرة الخمج أو الاحتشار infestation الأساسية.

الموجودات المخبرية: لا يوجد دلائل مخبرية مميزة للأكزيمة الراحية والأخمصية، ولكن قد يكون مستوى الفلويولين الناعي E (IgE) مرتفعاً عند الرضي التأتبيين.

التشريح المرضى: تتبع الموجودات النسجية مراحل سير المرض. مجهرياً يبدو الحويصل الأولي على شكل حويصل سفاجي داخل البشرة، وتشاهد رشاحة لمفاوية في البشرة مع رشاحة مختلطة في الأدمة. وقد تبدي البشرة في الأفات المزمنة فرط تصنع، وفرط تقرن، وفرط تنسج بشروي صدافي الشكل. يمكن نفي الخمج الفطري بإجراء التلوين بملون حمض شيف فوق اليودي (PAS).

التشخيص؛ يعتمد التشخيص على البدء السريري للمرض، والقصة المرضية، وأحياناً التشريح المرضي، وقد تساعد الاختبارات الرقعية على التغريق بين التهاب جلد اليدين الحويصلي الفقاعي وبين الأدواء الراحية الأخمصية الأخرى، أو على نفي وجود عوامل أخرى تزيد من فوعة المرض مثل التعرض للعوامل الخرشة والمؤرجة التماسية.

التشخيص التضريقي: هناك عدد من أمراض الجلد المتوضعة في البدين والقدمين يصعب التضريق بينها وبين التهاب جلد اليدين الحويصلي الفقاعي. وقد ترافق هذه



في أثناء العمل. أما التهاب جلد البدين التأتبي فيشاركه عدد من العوامل: التهاب جلد البدين قبل عمر ١٥ سنة واكزيمة مستمرة على الجسم وجلد جاف وحاك عند الكهولة. والتهاب جلد تأتبي منتشر في الطفولة.

قد يقلد التهاب الجلد الخمجي وخاصة الفطري التهاب جلد اليدين الداخلي المنشأ. ففي الحالات التي تكون فيها الأفات غير متناظرة وغير نموذحية، أو في الحالات التي تتوضع فيها الحويصلات الصغيرة على القدمين قد يفيد الفحص المجهري بهيدروكسيد البوتاسيوم لنفي خمج فطري بدئي. كما يمكن للخمج الفطري أو الجرثومي أن يحدث على نحو ثانوي على التهاب جلد اليدين المزمن وهنا تفيد المالجة المضادة للخمج في تحسين الأعراض السريرية.

أما الصداف والتهاب جلد البدين الصدافي الشكل فيتوضعان على نقاط الضغط. يمكن شهيز الصداف بلويحاته الوسفية المحددة، ووسوفه الشمعية ووجود الصداف في أماكن أخرى ويعدم حكته، وقد يحدث التهاب جلد البدين الصدافي الشكل من دون قصة عائلية أو شخصية للصداف. لكن التشخيص يعتمد على المظهر السريري والتشريح الرضي.

كما يمكن التفريق بين الطفحات البثرية على الراحتين والأخمصين بسهولة ويين الاندفاعات الأولية الحويصلية والفقاعية الملوءة بسائل رائق والمشاهدة في التهاب جلد اليدين، فمثلاً تكون الحويصلات في الصداف البثري غيمية ومؤلة.

التوسف الراحي البؤري الناكس speeling (keratolysis exfoliativa) عو توسف الراحتين والأخمصين المزمن، اللاعرضي، الالتهابي، يشاهد غالباً في فصل الصيف. يعتقد أنه يصيب الأشخاص الذين يشكون من فرط تعرق الراحتين والأخمصين.

تبدأ الوسوف بالظهور في نقطة أو نقطتين ثم تمتد للمحبط مشكلة مناطق حلقية متسعة. تكون هذه الحالة لاعرضية وتشفى تلقائياً وتحتاج إلى الطريات.

فرط تقرن النهايات المواكبة للأورام لبازكس لـ paraneoplastica of Bazex ، مرض نادر يتظاهر بالتهاب جلد اليدين الحاد والحمامي والوسقي والحويصلي الفقاعي مع حثل اظفار يرافقه خباشات، هي عادة كارسيتوما شائكة متوضعة في الجهاز الهضمي العلوي والطرق التنفسية. وذكرت حالات فرط تقرن التهابات عند مرضى مصابين بسرطان القولون وأورام الجهاز اليولي التناسلي.

قد تصيب بعض الأمراض الفقاعية مثل الفقاعاني والفقاع أو انحلال البشرة الفقاعي اليدين والقدمين، ولكن في سياق إصابة أمكنة أخرى من الجسم.

المضاعفات: قد يؤدي خمج الحويصلات الثانوي إلى التهاب الأوعية اللمفية، والتهاب الأوعية اللمفية، وفي حالات نادرة إلى تجرثم دم.

الإندار (المآل) والسير السريري؛ قد يحدث عسر التعرق بشكل هجمات فجائية شديدة ومتكررة ويصبح أقل حدوثاً في منتصف العمر. في حين يكون الشكل المزمن من الأكزيمة الحويصلية الفقاعية الراحية الأخمصية أطول استمراراً وأكثر مقاومة للعلاج وغالباً ما يحتاج إلى عدة معالجات مختلفة.

#### المالجة

تعتمد، معالجة عسر التعرق على حدة المرض ووجود الفقاعات أو وجود تبدلات مزمنة، وعلى القصنة السريرية التي قد تكشف وجود عوامل مساعدة ومحرضة للأكزيمة.

ومن الهم أن تكون المالجة عملية تسمح للمريض بالحركة والعمل على نحو طبيعى إن أمكن.

vinyl المالجة الوقائية: يجب ارتداء قفازات الفاينل vinyl في اثناء العمل الرطب، والسيما عند استعمال المنظفات. إن قفازات الفاينل تقي من المواد الكيميائية، ولكنها الا تقي من المتعرض للحرارة عبر المقفازات أو فعل التعطين الذي ينجم عن فرط التعرق الذي يتراكم تحت القفازات.

ومن المفيد أيضاً استعمال القفازات القطنية تحت قفازات الفائل.

أما الأعمال الخشنة مثل الزراعة فيمكن حين القيام بها ارتداء الألبسة الواقية والقضازات الجلدية، وقد يمتص القطن بعض المؤرجات المحيطية لذا لا يفيد لبس القفازات القطنية خلال النهار للوقاية من المؤرجات.

(ب)- المعالجة الموضعية: تعد المطريات الجلدية من العناصر المهمة في معالجة التهاب جلد اليدين. لذا ينصح بتطبيق مراهم مرطبة واقية بعد غسل اليدين. ويجب استعمال المراهم المرطبة الكثيفة على اليدين بعد إجراء المفاطس المالية ليلاً. وإذا كان جلد الراحتين جاهاً تطبق المطريات تحت ضماد كثيم لديني أو قفازات الفينيل.

ونظراً لبقاء الوذلين في الطبقة المتقرنة ودعمه الوظيفة الحاجزية للجلد، فإنه يعد من العوامل المهمة في معالجة التهاب جلد البدين الجاف.

ويفيد تطبيق معدلات المناعة غير الستيروئيدية مثل

التاكروليموس والبيمكروليموس في معالجة التهاب جلد اليدين الزمن الخفيف والمتوسط.

من الصعب معالجة أكزيمة الراحتين والأخمصين مضرطة التقرن، لكن المعالجة الموضعية بالريتينوئيدات والكالسيبوتريين قد تحسن الحالة لأنها تعمل على تنظيم نضج خلايا البشرة.

تعد المستحضرات الموضعية الحاوية على الستيروئيدات قوية الفعالية الخيار الأول في المعالجة الدوائية، كما تزداد فعاليتها بالتطبيق مع الإغلاق الكتيم.

وتوحي بعض الدراسات أن الصدامة الحرارية قد تفيد بعض المرضى الأنها تنقص عدد خلايا الانفرهانس، ويمكن إحداث هذه الصدمة الحرارية بتطبيق الشمع أو الماء الساخن الذي تراوح حرارته بين (٤٥-٤٥) °C مرتين إلى شلاث مرات يومياً، ويجب الحدر من أن تؤدي هذه المعالجة إلى حروق فتزيد من التهاب الجلد.

كما تفيد العوامل المجفضة مثل محلول برمنفانات البوتاسيوم بنسبة ١/٠٠٠٠ في الحالات الحادة التي يغلب فيها وجود الحويصلات، ومغاطس محلول نترات الفضة بنسبة ١٠٠٠/١.

وأخيراً قد تفيد المعالجة بالأشعة فوق البنفسجية UVB و UVB مع البسورالين (PUVA) في الحالات الشديدة لالتهاب جلد اليدين الحويصلي المزمن.

(ج) المعالجة المجموعية: تؤدي المعالجة بالستيروئيدات المجموعية إلى تحسن سريع الالتهاب الجلد بسرعة. ولكن الأخة تنكس سريعاً بعد إيقاف الدواء: لذا تلجأ إلى هذه المعالجة للسيطرة على الحالات الشديدة والاشتدادية الحادة ولفترة قصيرة، كما قد يلجأ إلى المعالجات المجموعية البديلة المنافق مرعة المعالجة بالستيروئيدات ومدتها فيستعمل السيكلوسيورين cyclosporin بجرعة تراوح بين الملغ/كغ يومياً ومملغ/كغ يومياً (بجرعات مقسمة). وقد تبين أن هذه المعالجة تفيد في الحالات المزمنة الحويصلية المعندة على المعالجة بالستيروئيدات أو المعالجة عدد من الأمراض الميتوتركسات methotrexate في معالجة عدد من الأمراض الجدية ومنها التهاب جلد اليدين المزمن الحويصلي.

وتفيد المعالجة بالـ alitretinoin و9- cis retinoic acid في 9- cis retinoic acid و9- cis retinoic في 9- cis retinoic من المفرطة التقرن. واستعملت في الحالات المعندة على الستيروئيدات المعالجة الشعاعية، والتريتنيوئين، والأسيترتين وكانت الاستجابة جيدة إلى جيدة جداً للـ alitretinoin.

(د)- المعالجات الأخرى: إضافة إلى ما تقدم يفيد كل من التشريد الكهربي contophoresis وخزع الودي، وحقن البوتوكس botox في معالجة فرط التعرق.

تدعى التهاب الجلد المدذر أوالستدير، وهو مرض الكهول

# :nummular eczema الأكزيمة النميّة

وغائباً ما يصيب الذكور أكثر من الإناث وذروة حدوثه بعمر ٥٥-٥٠ سنة، وقد يصيب النساء بين عمر ١٥-٥٠ وهو نادر عند الرضع والأطفال وذروة الحدوث لديهم بعمر ٥ سنوات. يتظاهر بالتهاب جلد مزمن، تأخذ فيه الأفات الأكزيمائية شكل الدراهم. تبدأ على الأطراف السفلية وظهر اليدين أو السطوح الانبساطية للساعدين. تكون الأفة الأولية بشكل الويحات صغيرة مدورة الشكل حمامية، حويصلية، تسترها جلب بحجم ٢٠-٤مم. وقد تظهر الأفات بعد الرض (ظاهرة كوبنر Koebner). وفي حين تظهر أفات جديدة تتسع الآفات القديمة بظهور سواتل حطاطية حويصلية في الحيط تتحد مع اللويحات الأساسية، ليصبح سطحها في الحالات الشديدة بمساحة راحة اليد أو أكبر. تكون الحكة شديدة لا تقاوم وليلية. يلاحظ مجهرياً وجود الخلايا البدينة بجوار الأعصاب في الجلد المريض، كما يلاحظ زيادة في الببتيدات الأعصاب في الجلد المريض، كما يلاحظ زيادة في الببتيدات العصبية لمادة (substance P) العصبية لمادة عنه المعتلان (substance P).

تسيجياً: تتصف الأكزيمة المدنرة بالتهاب جلد سفاجي حاد أو تحت الحاد.



الشكل (٢٥) الأكزيمة النمية (المدرة)

تعتمد المعالجة الأولية على المغاطس، وتطبيق كريمات أو مراهم ستيروئيدية موضعية. وقد يكون من الضروري تطبيق مراهم ستيروئيدية ذات فعالية قوية تحت ضماد كتيم. وإذا حدث خمح ثانوي بالعنقوديات عولج بالصادات الجهازية. تعطى مضادات الهيستامين المركنة قبل النوم لتساعد على تخفيف الحكة الليلية كما تفيد مثبطات الكالسينورين الموضعية. يلجأ إلى الستيروئيدات المجموعية والحقن ضمن الأفة إذا لم تستجب الأفات المعندة للمعالجات الموضعية (الشكل ۲۵).

الأسباب والإمراض: لا تعرف الألية الإمراضية للأكزيمة المدنّرة، وهي قد تشاهد في المصابين بالتهاب الجلد التأتبي. وقد ذكرت عدة عوامل مسببة، منها رطوبة الجلد التي قد تكون ناقصة عند هؤلاء المرضى، كما أن للأخماج الداخلية شأذا في إحداثها إذ وجد عند ٢٨٪ من المرضى خمج أسنان أو التهاب الطرق التنفسية العليا، أو التهاب الطرق التنفسية العليا، أو التهاب الطرق التنفسية العليا، أو التهاب الطرق التنفسية دين المسلمات البيئية allergens السفلى. كما ذكر شأن المحسسات البيئية باله allergens ذكر حدوث الأكزيمة في أثناء المعالجة بالهاك المعالج وبالدهب. هذا وقد ترافق التهاب الكبد C المعالج بالإنترفيرون - ribavirin والريبافيرين interferon 2by معاً وأكزيمة مدنرة منتشرة ومعممة.

# (٦)- الأكزيمة الجافة xerotic eczema:

تُعرف أيضاً بالحكة الشتوية، والأكزيمة المتصدعة eczema. تبدو craquelé والأكزيمة منعدمة الزهم asteatotic eczema. تبدو الأولية بشكل بقعة حمامية مستورة بوسوف ملتصقة. ومندما تمتد الأفة تحدث تشققاً وتهشماً ناعماً في البشرة (الشكل ٢٦).

مناطق الإصابة الانتقالية لهذه الأكريمة هي: الوجه الأمامي للساقين والسطوح الانبساطية للساعديين والخاصرتين. والشيوخ مؤهبون للإصابة بها، ويبدو أن التجفاف هو من أكثر أسباب الحكة شيوعاً عند الأشخاص المسنين. وتشاهد هذه الأكريمة غالباً في أثناء الشتاء حين تكون الرطوبة متخفضة نسبياً. كما يسهم الاستحمام بالما الساخن واستعمال الصوابين في إحداثها، وتكون الوظيفة الحاجزية البشروية ضعيضة مما يزيد من ضياع الماء من البشرة.

يفيد الاستحمام بماء فاتر ولفترة قصيرة واستعمال الصوابين المعتدلة، كما يجب تطبيق المطريات الحاوية على الوذلين أو اليوريا ١٠٪ أوحمض اللبن ٥٪ مباشرة بعد



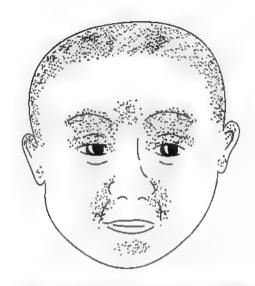
الشكل (٢٦) الأكزيمة الجافة (التصدعة)

الاستحمام. وتفيد المراهم الستيروئيدية الموضعية لمعالجة المناطق الملتهبة.

# (۷)- التهاب الجلد المثي seborrheic dermatitis:

التهاب الجلد المثني أو الأكريمة المثيّة مرض شائع يحدث في ٢-٥٪ من السكان. ويُعدُ أحد أنواع الأكريمة داخلية المنشأ أو هو مرض التهابي، سطحي، مزمن يتوضع في الأماكن الانتقائية التالية: الفروة والحاجبين والأجفان والثلم الأنفي الشفوي والشفتين والأذنين والمنطقة القصية والإبطين والمثنيات تحت الثديين والسرة والمغبنين والمطية الأليوية. (الشكلان ٢٧ و٢٨). يتصف المرض بالوسوف الدهنية المصفرة التي تتوضع على قاعدة حمامية. تمثل قشرة الرأس (نخالية الرأس الجافة) الشكل الخفيف من التهاب الجلد المثني.

وهناك أشكال أخرى من التهاب الجلد المثي يصيب الضروة وتشمل اللويحات النازة القشرية المقوسة الشكل، المتعددة الحلقات polycyclic وصدافية الشكل، وقد يمتد المرض خارج خط الشعر على الفروة إلى الجبين والأذنين وخلف الأذنين والرقبة. وتبدو حدود الأفات في هذه المناطق مقوسة بلون مائل إلى الصفرة أو الاحمرار المصفر. تدعى هذه الأفة عند الرضع قلنسوة المهد cradle cap، وتتجلى بآفات بنية مغطاة بجلب ملتصقة. وقد يصيب هذا الالتهاب كلاً من المقطب والثلم الأنفي الشفوي وجناحي الأنف والأذنين وخلفهما خاصة إصابة القناة السمعية، وقمة الإبطين والثنيات تحت



الشكل (٧٧) مخطط ثناطق التهاب الجلد المثي في الرأس



الشكل (28) أفات حلقية على الصدر في التهاب الجلد المثي

الثدين والسرة والمنطقة القصية التي تعد من المناطق الانتقائية للإصابة. ويشيع حدوث التهاب الجلد المثي في المغبن والثلم الأليوي حيث يكون له شكل السعفة الفخذية أو التهاب الجلد بالمبيضات البيض، ويتطابق المظهر السريري في هذه المنطقة مع مظهر الصداف المقلوب، ويالحقيقة يتداخل الصداف مع التهاب الجلد المثي (seborsoriasis أو seborhiasis). قد تنتشر الأفات وتتطور إلى أحمرية وسفية متعممة وخاصة عند الرضع، ويبدي بعض هؤلاء الرضع دلائل واضحة على نقص المناعة، وترافق الأفات المعممة عند الكهول ضخامة عقد الماوية مؤدية إلى الانتباس مع الفطار

الفطراني أو الأحمرية الصدافية. قد ترافق هذا الالتهاب أو يشتد مع عدد من الأمراض الداخلية مثل داء باركنسون Parkinson الذي يرافقه التهاب جلد مثي شديد ومعند يشمل الفروة والوجه مع وسوف شمعية شديدة. وأذية أعصاب الوجه وحيدة الجانب تؤدي إلى التهاب جلد مثي وحيد المجانب. تزداد نسبة حدوث التهاب الجلد المثي عند المرضى المصابين بنقص المناعة المكتسب (AIDS)، وعند الأشخاص ذوي الفحوص المصلية الإيجابية من دون علامات سريرية للمرض يحدث التهاب جلد مثي الشكل عند السكريين والبدينين والمصابين بأمراض سوء الامتصاص والصرع وتناول الأدوية المضادة للنهان مثل الهالوبيريدول وتناول الأدوية المضادة للنهان مثل الهالوبيريدول

الأسباب والآلية الإمراضية: لا يعرف سبب التهاب الجلد المثني مثل بقية أنواع الأكزيمة الداخلية: ذلك أن أسباب هذا الداء معقدة، ويعتقد أن للوبيغاء البيضاوية Pityrosporun معاده دوراً أساسياً في حدوثه، وتتناسب شدة الالتهاب وكثافة الوبيغاء وينقص عددها مع الاستجابة للعلاج، وقد توجد الوبيغاء البيضاوية بغزارة على الفروة في مرضى لا يشكون من علامات سريرية للمرض، إلا أن الخميرة تكون ممرضة فقط عند الأشخاص المؤهبين.

التبدلات النسيجية؛ تبدي البشرة شواكاً منتظماً ودرجات مختلفة من السفاج والارتشاح باللمفاويات لكن الموجودات الوصفية هي قشرة وسفية بجانب فوهات الأجربة الشعرية.

التشخيص التفريقي: تشبه بعض حالات التهاب الجلد المثي سريرياً الصداف، وقد يتداخل المرضان، لكن الأفات الصدافية تبدي حمامي أشد ووسوفاً شمعية سميكة تتوسف بطبقات، وإزالة هذه الوسوف يؤدي إلى ظهور نقط نزفية (علامة Auspitz).

ترجح الحكة الشديدة التهاب الجلد المثني، وإن وجود آفات صدافية في مناطق أخرى يؤكد تشخيص الصداف، يمكن التباس التهاب الجلد المثني بالقوباء على الضروة والاسيما المترافقة بالقمال، يمكن أن تلتبس الجلبات الجربية على الفروة في الرضع بالتهاب الجلد المثني،

المعالجة، تشمل المعالجات المطبقة على الجلد الأجرد الستيروئيدات القشرية الموضعية بشكل رهيم أو هلامة أو رفاذ أو رغوة ولكن قد تحدث الستيروئيدات - حتى المتوسطة الشدة - وردية سيتروئيدية، ويفضل لذلك استعمال المضادات الفطرية ومثبطات الكالسينورين، يفيد الكيتوكونازول، وإذا رافق الالتهاب خمج جرثومي ثانوي تطبق الصادات موضعياً

أو عن طريق الفم، كما يفيد مرهم اللثيوم سوكسينات lithium أو عن طريق الفم، كما يفيد مرهم اللثيوم سوكسين باله (HIV). وتفيد المستحضرات الحاوية على السلفاسيتاميد مع الكبريت أو من دونه في الحالات المندة على المالجات الأخرى.

أما لمعالجة الفات الفروة فتفيد كل من الشامبوات الحاوية على السيلينيوم سولفايد، والكيتوكونازول والقطران وييريثيون الزنك والفليوسينولون، والريزورسين، كما تفيد القطرات الأذنية الحاوية على الكورتيسبورين cortisporin

في النهاب الجلد المثي في الأذن إضافة إلى فائدة الموسيون الأذني الحاوي على desonide. تفيد القطرات أو المراهم العينية الحاوية على سلفاسيتاميد الصوديوم العالجة التهاب حواف الأجفان المثي. والمعالجة بالتتراسكلينات الضموية مفيدة لأنها تنقص من كشافة المضيات الدقيقة microorganisms في الأجرية المصابة. أما المستحضرات الستيروئيدية فيجب تطبيقها فترة قصيرة لأنها قد تحدث زرقاً وساداً، ويمكن إشرائك المعالجة الموضعية في الصادات الضموية أو مضادات الشموية في الصادات الشموية أو مضادات الشموية في الحالات الشديدة.

# أولاً- الشري urticaria:

الشرى طفح وحيد الشكل يتظاهر بانتبارات wheals (hives) حاكة، لا يدوم أحدها أكثر من ساعات محدودة، ويتوضع في أي منطقة من الجسم.

الحدوث: يعد الشرى من الأمراض الجلدية الأكثر شيوعاً، فهو يصيب ١٥-٢٠٪ من الناس، كما قد ترافقه الوذمة الوعائية (العرقية) بنسبة ٢٠-٣٠٪ من الحالات.

الإمراض؛ الخلية البدينة mast cell في الجلد هي الخلية الرئيس في الألية الإمراضية لمعظم أشكال الشرى. إذ إنها تطلق الهستامين كرد فعل لتأثير كل من المواد التالية C5a، المورفين، الكودئين، المادة P(SP) والببتيد المعوي الضعال في الأوعية (VIP) vasoactive intestinal peptide (VIP) وإضافة إلى الخلايا البديئة فإن الخلايا الأسسة تحرر الهستامين أيضاً.

يسبب الهستامين عن طريق مستقبلاته HI توسع الأوعية الدموية الجلدية وزيادة نفوذيتها ورشح مكونات المسورة في النسج المجاورة- يتحرر الهستامين بآليات مختلفة، أهمها فرط التحسس العاجل المتواسط بـ IgE (نمط I لجل وكومس فرط التحسس العاجل المتواسط بـ IgE (نمط I لجل وكومس تتشكل أضداد من نوع IgE التي تحمل على الخلايا البدينة، ويعد ذلك يتفاعل المستضد مع الأضداد IgE مؤدياً إلى زوال تحبب الخلايا البدينة وإطلاق الهستامين والوسائط الأخرى مثل السيروتونين والبراديكنين واللوكوتريين C4. D4. E4

(مادة النّأق بطيئة التفعيل SRS-A) والبروستاغلاندين، والإنزيمات الحالة للبروتين، تشاهد هذه الآلية غالباً في الشرى الحاد وفي التفاعلات التأقية.

ومن النادر حدوث الشرى بالتفاعل المتواسط بالمعقد المناعي (نمط الله لجل وكومس). قد يكون الشرى المزمن المزمن اضطراباً مناعياً ذاتياً، والدليل على صحة هذه المفرضية ترافق الشرى المزمن الأساسي مع التهاب الدرق المناعي الذاتي بنسبة ١٢-٢٤٪. وفي الأشكال المزمنة للشرى يحدث المرض من دون تواسط مناعي كما في اضطرابات المتممة أو حين تقوم الأدوية (كالأسبرين والمورفين والمواد الظليلة والبنزوات) أو العوامل الفيزيائية بتحريض الخلايا البدينة على إطلاق وسائطها مباشرة.

التشريح المرضى: تشاهد ودمة في الأدمة الحليمية في الشرى، في حان تكون الودمة متوضعة في الأدمة الشبكية والنسيج تحت الجلد في الودمة الوعائية. وتوسع الأوعية الدموية في الحالين ولاسيما في الوريدات مع توذم النسيج الضام. أما في الشرى المزمن الأساسي فتشاهد رشاحة التهابية من لمفاويات CD4 أكثر من CD8، وخلايا بدينة وعدلات وحمضات وأسسات، ويشير تكسر الكريات البيض وتوضع الغلوبيولينات المناعية IgG والمتممة CB والمهبرين في جدران الأوعية إلى التهاب الأوعية الشروى.

تصنيف الشرى: يتم تصنيف الشرى كما في (الجدول). المظاهر السريرية: الأفة الأولية في الشرى هي الانتبار،

# ١- الشرى العادي (الأرجى):

حاد، مزمن، مزمن متقطع.

#### ٧- الشرى الفيزيالي:

الكتوبية الجلدية وشرى الضفط والوذمة الوعائية الاهتزازية وشرى البرد، الشرى الكولينرجي وشرى التعرق والشرى الأدرينرجي وشرى الحرارة الموضعة وشرى الشمس وشرى الأشعة السينية وشرى الماء وحكة الماء، التأق المثار بالجهد والشرى المضتعل.

- ٣- شري التماس.
- 1- الشرى اللامناعي المحدث بالأدوية.

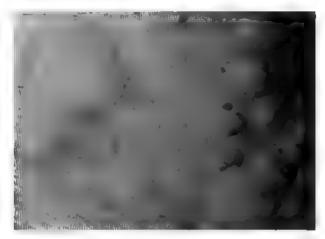
#### الوذمة الوعالية:

الأساسي، الوراثي، المحدث بالأدوية.

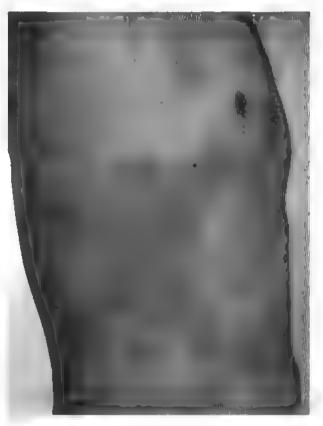
التهاب الأوعية الشروي.

### الجدول (١) تصنيف الشرى.

وهو وذمة محددة وموضعة في الأدمة السطحية ومرتضعة عن سطح الجلد حمامية مبيضة حدودها واضحة، وحاكة. أما حين تتوضع الوذمة في الأدمة العميقة أو في النسيج تحت الجلد وتحت المخاطية أو كليهما فتسمى الحالة الوذمة الوعائية التي تتظاهر بانتباج حمامي في الجلد. وتتوضع الانتبارات في أي مكان من الجلد كما تكون بأقطار مختلفة تراوح من حجم رأس الدبوس إلى عدة مليمترات وبمساحات تتعدى راحة اليد، علما أن الانتبارات تتشكل بسرعة خلال



الشكل (١) الانتبار الشروي



الشكل (٢) الشرى الحاد

بضع دقائق وأنه نادراً ما يستمر الانتبار الواحد أكثر من ٢٤ ماعة. (الشكل ا و٢). يعزى لون الانتبار الحمامي إلى التوسع الوعائي الأدمي أما اللون الأبيض فيعزى إلى التودمة. ومن الشائع أن تصيب الوذمة الوعائية الوجه ولاسيما الشفتين والخدين والأجفان؛ وجزءاً من أحد الأطراف كما قد تصيب اللسان والبلعوم. وقد تكون الوذمة الوعائية مؤلة غير حاكة، وقد تدوم بضعة أيام. إن الحكة في الشرى شديدة خلال تشكل الانتبارات، وتصيح أخف بعد الشرى شديدة خلال تشكل الانتبارات، وتصيح أخف بعد البحد، أكثر هذه الإصابات حدوثاً هي الإصابة التنفسية التي تتجلى بوذمة المزمار والحنجرة، وقد تُحدث الاما بطنية تتجلى بوذمة المزمار والحنجرة، وقد تُحدث الاما بطنية ناجمة عن إصابة الأغشية المخاطية وربوا ناجماً عن التشنج القصبي الأرجي.

ا – الشرى الأرجى (العادي) urticaria (ويقسم الأرجى العادي) الشرى الأرجى (العادي) عند الشرى شيوعاً. ويقسم إلى شرى حاد، شرى مزمن، شرى مزمن متقطع. يزداد حدوث الشرى الأرجي عند التأتبيين وكذلك يزداد حدوث الوذمة العرقية والتأق لديهم.

# أسباب الشرى الأرجى كثيرة، منها:

- دوائية: كالصادات ولاسيما البنسلين والسيفالوسبورين
   والإيزونيازيد والسولفاميدات: والمسكنات والغريزيوفولفين
   ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية والهرمونات واللقاحات.
- الأطعمة ومضافاتها: كالبيض والسمك والفريس والجوزيات والبندورة والكرفس والكاكاو والنبيذ بما يحتويه من الهستامين والخميرة في الجعة والتيرامين في الجبن وحمض البنزويك وبنزوات الصوديوم والسولفيت والملونات وحمض السوريك.
- الستضدات الخمجية والاحتشارية infestation مسؤولة
   عن ٢-٥٪ من حالات الشرى المزمن. إذ تكمن أسباب الشرى
   الحاد في أخماج الجيوب واللوزات والأسنان والتهاب المرارة
   والديدان المعوية والملتوية البوابية والمبيضات البيض.
- الثؤرجات بالطّرق الهوائية والمستنشقات مثل غبار الطلع
   وغبار المنزل وشعر الحيوانات.
- الستضدات الذاتية كالتي تحدث نتيجة الإصابة بالأورام وأمراض المناعة الذاتية.
- اضطرابات استقلابية: مثل فرط نشاط الدرق والتهاب
   الكيد المزمن الفعال والسكري.
  - الشدات النفسية والانفعالات.

يصعب كثيراً معرفة سبب الشرى ولاسيما الشرى المزمن.

# أنواع الشري الأرجى (العادي):

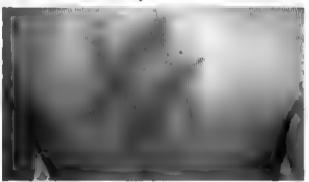
أ- الشرى الحاد acute: يعرَف على أنه الشرى الذي لا تستمر أعراضه أكثر من سنة أسابيع، ويظهر التفاعل الجلدي يشكل سريع أو متأخر بعد ٨-٣٦ ساعة أو بشكل داء الممل بعد ٧-١١ يوماً من دخول المستضد للعضوية.

ب- الشرى المرّمن chronic: يسمى أيضاً الشرى المرّمن الستمر، وهو حالة شروية تستمر أكثر من ٦ أسابيع، وقد تدوم لعدة سنوات، وتظهر فيه نوب الشرى يومياً تقريباً. ويحدث فيه تفاعل عاجل متواسط بـ IgE بنسبة محدودة من الحالات، ويرجح أن السبب الكيميائي هو المحرض لحدوثه بنسبة ٢٠-١٧٪ من حالاته، وقد يحدث بآلية عدم تحمل غير مناعية أو بوصفه متلازمة تحساس ذاتي، وعدا ذلك تحدث بعض حوادث الشرى المرّمن بتضاعل متواسط بمعقد مناعي (نمط الله). ولا يمكن معرفة سبب الشرى المرّمن بنسبة ٢٠-٥٠٪ من الحالات، ويسمى في هذه الحالة الشرى المرّى المرّمن بنسبة ١٤٠٠٠، من الحالات، ويسمى في هذه الحالة الشرى المرّمن المناحي النداتي الشرى المراحة المناحي النداتي الشرى المراحة المناحة الشرى المراحة المناحة المناحة

- الشرى المرّمين المتقطع chronic intermittent يتصف بحدوث انتكاسات في نوبات الشرى التي تستمر أكثر من  $\Gamma$  أسابيع، ويمر بفترات من التحسن تختلف من نوبة إلى أخرى، وقد يستمر لبضع سنوات. يحدث الشرى المرّمين المتقطع بتفاعل مناعي عاجل (نمط  $\Gamma$ ) أو بتفاعل أرجى كاذب.

# ۲- الشرى الفيزيائي physical:

أ- الكتوبية الجلدية dermographism: هي أكثر أشكال الشرى الفيزيائي شيوعاً، إذ إن نسبة حدوثها ١٠٥-٢،٤٪ بين الناس، وتظهر لدى ٢٣٪ من مرضى الشرى المزمن الأساسي، تحدث الكتوبية الجلدية بضغط الجلد أو بالكتابة عليه بأداة كليلة، فيظهر اندفاع شروي خطي مكان الضغط بعد ٣-٥ دقائق من تنبيه الجلد، ويختفي عادة خلال ٣٠ دقيقة. وقد



الشكل (٣) الكتوبية الجلدية

تحدث بعد شرى مثار بالدواء (الشكل؟). ويجب تمييز الكتوبية الجلدية الحمراء الكتوبية الجلدية الحمراء التي يأخذ الجلد فيها لوناً أحمر بعد الضغط عليه بأداة كليلة نتيجة التوسع الوعائي الجلدي الموضع، والكتوبية الجلدية البيضاء التي تتصف بظهور تضاعل أبيض اللول بعد ضغط الجلد نتيجة تضيق الأوعية الجلدية.

ب- الكتوبية الجلدية المتأخرة delayed: تحدث بعد ٣-٣ ساعات من تنبيه الجلد مع التضاعل المباشر أو من دونه، وتستمر مدة ٢٤-٨٤ ساعة. قد تترافق هذه الحالة مع شرى الضغط الأجل.

ج- شرى الضفط pressure urticaria يتظاهر بتورم حمامي عميق موضع في الجلد مؤلم وغالباً بعد ٥, ٥-٣ ساعات من تطبيق ضغط متواصل على الجلد. يشكو المرضى من حدوث هذا الشرى بعد الجلوس على مقعد قاس تحت الحزام أو يحدث على الأقدام بعد الركض. يمكن أن ينجم شرى الضغط عن انطلاق الهستامين والإنترلوكين 6-11 بعد الضغط الفيزيائي على الجلد، يتم التشخيص بإجراء اختبار الضغط. وذلك بتطبيق وزن لاكغ على الجلد مدة ٢٠ دقيقة من اجل شرى لضغط الفاجل؛ وبعد ٢-٣ ساعات في شرى الضغط الأجل.

د- الوذمة الوعائية الاهتزازية vibratory angioedema: تنجم عن سبب وراثي أو مكتسب يترافق حدوثه والشرى الكولينرجي أو بعد سنوات من التعرض المهني للاهتزاز. السبب هو انطلاق الهستامين.

هـ شرى البود cold urticaria وله تمطان، وراثي ومكتسب، تسبب البرودة إطلاق الهستامين ووسائط أخرى مثل عوامل الجذب الكيميائي للحمضات والعدلات والبروستاغلاندين cysteinyl leukotrienes وسيستينيل لوكوتريين platelet-activating factor والعامل المنشط للصفيحات TNF-α: وبالتالي حدوث التفاعل والعامل المنخر للورم الفا TNF-α: وبالتالي حدوث التفاعل

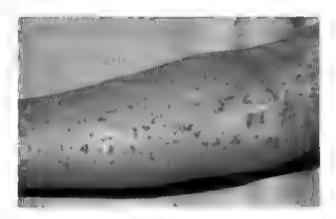
يحدث شرى البرد خلال دقائق بعد التعرض لبرودة الجو أو التماس المباشر بجسم بارد، ويتظاهر بانتبارات حاكة في مناطق التماس مع البرد (الشكل ٤). ويؤدي الاغتسال أو السباحة بالماء البارد إلى شرى البرد الذي قد يرافق انخفاض ضغط وأعراض صدمة قد تكون مميتة في حالات نادرة. يرافق شرى البرد المعمم الفلوبولينات القرية cryoglobulins والراصات الباردة والفيبرينوجينات القرية cryofibrinogens والراصات الباردة cold hemolysins

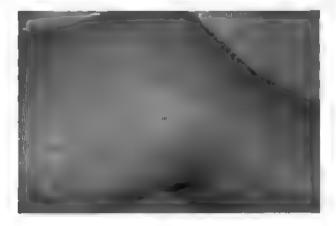


الشكل (٤) شرى البرد (حدوث انتبار في الجلد مكان تطبيق الثلج)

ولاسيما عند الأطفال المسابين بداء وحيدات النوى الخمجي. يشخص شرى البرد باختبار التماس بالبرد الذي يكون إيجابياً بظهور انتبار مكان تطبيق قطعة ثلج.

و- الشرى الكوليئرجي cholinergic: يحدث نتيجة ارتفاع درجة حرارة الجسم بسبب الجهد الفيزيائي أو حمام ساخن أو ترفع حروري. ويتظاهر بانتبارات حاكة بأقطار بضع مليمترات محاطة بهالة حمامية (الشكلان ٥ و٦). يبدو أن





الشكلان (٥ و٦) شرى كوليترجي

هذا الشرى ينجم عن زيادة استجابة العضوية للأستيل كولين، ويمكن كشف زيادة نسبة الهستامين وعوامل جذب الحمضات والعدلات في المصورة بعد الجهد، أما اختبار الشرى الكولينرجي فيكون بأن يطلب من المريض إجراء جهد يؤدي إلى حدوث التعرق، فتبدو الانتبارات الوصفية، ويمكن إجراء الاختبار أيضاً بحقن الأستيل كولين في الجلد، فتظهر الانتبارات.

ز- شرى التعرق sweat: يعتقد أن شرى التعرق تحدثه مكونات مفرزات الغدد العرقية الناتحة، ويصنف على أنه شرى كولينرجي، ويتم تشخيصه بحقن العرق المدد بنسبة الما تحت الجلد، فيؤدي إلى تفاعل شروي، علما أن العرق يحتوي على الغلوبيولين IgE والبروستاغلاندين والكاليكرين ومكونات أخرى.

ح- الشرى الأدرينرجي adrenergic: تحدث فيه انتبارات في أثناء الشدة العاطفية، ويمكن تحريض حدوث الانتبارات بزرق نورابينفرين ضمن الجلد.

ط- شرى الحرارة الموضعة local heat urticaria: شرى الحرارة نادر، وتحدث فيه الانتبارات بعد بضع دقائق من تعرض الجلد لحرارة موضعة. تسيب الحرارة إطلاق الهستامين وعامل جذب العدلات والبروستاغلاندين PGD2. يتم التشخيص بتطبيق حرارة من ٣٠- ٤٤ درجة منوية على منطقة الساعد، فتظهر الانتبارات بعد ٥-١٠ دقائق، أو تظهر بعد ساعات من تطبيق الحرارة في شرى الحرارة العائلي الأجل.

ي- شرى الشمس solar urticaria: يحدث هذا النوع من الشرى بتأثير الأشعة فوق البنفسجية أو الضوء الحرثي أو التأثير في المناطق المكشوفة من الجلد. وقد تم كشف الهستامين وعامل جذب الحمضات والعدلات في الدم بعد التعرض للأشعة المسببة لدى مرضى شرى الشمس.

لل شرى الأشعة السيئية: هذا النوع من الشرى نادر جداً، ويحدث في المناطق التي تتعرض للأشعة السيئية بقصد المالجة.

ل - شرى الماء وحكمة الماء الدر جداً، قد يكون عائلياً، أو يكون عائلياً، أو يكون عائلياً، أو يكون عائلياً، أو يكون كاللياً، أو يكون كاللياً، أو يكون كسبياً. تحدث فيه حكة فقط أو انتبارات حاكة صغيرة في مناطق الجلد التي تمس الماء مهما كانت درجة حرارته؛ وذلك بعد دقيقتين حتى عشرين دقيقة. أما الألية التي يتم بها هذا النوع من الشرى فغير واضحة، ويفترض أن هؤلاء المرضى يتفاعلون نحو مستضد ما موجود في الماء، يدخل

الجلد، ويؤدي إلى انطلاق الهستامين من الخلايا البدينة. ومن المكن حدوث شرى الماء أو حكة الماء في المصابين باحمرار الدم وداء هودجكن ومتلازمة عسر تصنع النقي ومتلازمة ارتفاع الحمضات.

م- التأق المثار بالجهد exercise induced anaphylaxis يتظاهر بمجموعة من الأعراض تضم الحكة والشرى والوذمة الوعائية في الجلد والحنجرة والأمعاء والغشي بسبب انطلاق الهستامين والتريبتاز إلى الدوران.

ن- الشرى المفتعل (أو الشرى المُشار) factitious: يتظاهر بتفاهر بتفاهرات جلدية شروية تبدو على شكل خطوط أو أشرطة مكان ضغط الألبسة أو احتكاكها بالجلد أو مكان فرك الجلد أو حكه. يصاب بالشرى المفتعل الأشخاص ذوو الجلود التي تتصف بفاعلية وعائية مضطرية وغائباً مع وجود اضطرابات نفسية.

#### r- شری التماس contact urticaria:

ينتج شرى التماس نتيجة تماس الجلد مع مادة خارجية مثيرة للشرى، وتبقى انتبارات هذا الشرى محصورة في مكان التماس. أما الية شرى التماس فقد تكون من النمط العاجل نتيجة التماس مع مؤرجات مختلفة مثل سم النحل والزنابير وغبار الطلع وبلسم بيرو وقشر ثمار الحمضيات والبطاطا والبصل ومؤرجات دوانية ومؤرجات مستحضرات التجميل مثل "فورم ألدهيد" أو مركبات غير مناعية ذات تأثير سمي مباشر في الخلايا البدينة كالتماس مع نبات القريص واليسروء وقنديل البحر ولسع الحشرات.

trug induced الشرى اللامشاعي المحدث بالأدوية non- immunological urticaría

تُحدث بعض الأدوية والمواد المستخدمة في التشخيص وبعض الأغذية تفاعلات تأقانية وشروية حادة من دون وجود اضداد مصلية توعية، إذ يؤدي تناول هذه المواد إلى انطلاق الهستامين وبعض الوسائط الأخرى من الخلايا البدينة والأسسات مباشرة، ويدعى هذا التفاعل بالأرج الكاذب.

ومن هذه الأدوية مواد التخدير، ومضادات الكولين والأفيونات والبيتيدين والأترويين والبابافيرين والمواد الظليلة التي تستخدم في التصوير الشماعي (۵٪ من الحالات) والأسبرين ومضادات الالتهاب اللاستيروئيدية (۱٪ من الناس) وبعض الصادات (كلورتتراسكلين ويولي مكسين) ومضلدات الودي كالأمضيت امين وضافضات النصفط كالهيدرالازين و Vit Bl وأملاح الحديد.

المظاهر السريرية؛ تحدث في الحالات الشديدة أعراض

تأقانية تبدأ باندفاع حمامي معهم أو باندفاع شروي حاد يرافقه تخريش الملتحمة أو سيلان أنفي وتشنج القصبات: وقد يؤدي تسرع القلب وانخفاض الضغط إلى الصدمة.

متا**لزمة هوجن Hoigne**: متلازمة سمية عكوسة تحدث فجأة بسبب صمة embolism في الجهاز العصبي المركزي، وذلك بعد حقن مادة دوائية، ولاسيما الحقن الشرياني لملق بلوري (بنسيلُين مديد أو ستيروئيدات قشرية).

المظاهر السريرية: تتظاهر هذه المتلازمة بازرقاق حاد وسعال وحس دغدغة في اليدين والقدمين واضطراب في النوق، وقد تحدث نفخة في الأذن أو خفة سمع أو اضطرابات الرؤية، أو اضطراب في وعي المريض أو شعور بالدوار أو تسرع قلب أو رجفان يدين.

# مخبرياً: كثرة حمضات مؤقتة.

تزول تظاهرات المرض خلال بضع دقائق من دون أن تترك أشراً، ويرجح حدوث ذلك بعد ذوبان بلورات المادة الدوائية المعلقة.

هـ- الوذمة الوعائية (المرقية) angioedema (الوذمة المعبية، وذمة كوينك quincke):

تتصف هنده الوذمة بأنها تورم حاد في الجلد محدود ناجم عن الوذمة في الطبقة تحت الأدمة، ولها شكلان، وراثي ومكتسب.

الإمراض: تحدث الودمة الوعائية المكتسبة بتفاعل أرجي عاجل، وتكون عميقة تصل حتى الطبقة تحت الأدمة، وقد ترافق الشرى العادي، ويصعب تحديد سبب الوذمة الوعائية المكتسبة، ولذلك تعد غامضة في غائبية الحالات، أما الودمة الوعائية الوعائية الوراثية فتورث بنمط جسدي سائد، وتشكل نسبة غرب من مرضى الشرى، والوذمة الوعائية أكثر ما تصيب النساء، وتبدأ بأعمار قبل سن الخامسة عشرة، ويحدث فيها عوز مثبط C1-INH) C1 esterase inhibitor غيابه؛ مما يسمح بتكرار تفعيل المتممة؛ وبالتالي توسع غيابه؛ مما يسمح بتكرار تفعيل المتممة؛ وبالتالي توسع الأوعية وزيادة نفوذيتها.

المطاهر السريرية، تتظاهر الوذمة الوعائية بانتباج الجلد أو الأغشية المخاطية، ويكون التورم محدوداً وعميقاً عجيني الملمس، يرافقه ضغط وتوتر في المنطقة المصابة، لكن بلا حكة. وأكثر المناطق المعرضة للإصابة الأجفان والشفتان والأعضاء التناسلية والأطراف قرب المقاصل، وتصل الإصابة إلى المنروة خلال ساعات، ثم تتراجع خلال ١٠٤٨ ساعة وأحياناً ٨٤ ساعة (الشكل ٧). قد تؤدي الوذمة الوعائية إلى الاختناق الحاد حين توضع الإصابة في الحنجرة أو البلعوم،



الشكل (٧) وذمة وعائية في الشفتين

قد ترافق الوذمة الوعائية المكتسبة أعراض عامة خضيضة، وقد يعاني بعض مرضى الشكل الوراشي من أعراض تشبه حالات البطن الحادة. ويعد رض الجلد أو الشدة النفسية من مثيرات الهجمة.

التشخيص، يشخص الشكل المكتسب من الوذمة الوعائية كما في الشرى العادي، أما الشكل الوراثي فيعتمد تشخيصه على وجود حالات عائلية ومعايرة Cl-INH الذي تقل كميته في الدم، وقد يكون تركيزه طبيعياً، لكن وظيفته معطلة في ٧٠٪ من الحالات، ويمكن كشف ذلك بالرحلان الكهربائي. تقل كذلك جملة المتممة وخاصة C4.

التشخيص التقريقي: يشمل التهاب الجلد التماسي الحاد والحمرة أو التهاب الهلل والوذمة اللمفية الناجمة عن متلازمة ميلكرسون - روزنتال.

# التهاب الأوعية الشروي urticarial vasculitis:

هو متلازمة تتظاهر سريرياً بشرى مزمن: ونسيجياً بالتهاب أوعية كاسر للكريات البيض. يوجد هذا المرض بنسبة ١-٥٪ من جميع حوادث الشرى المزمن، وأكثر ما يصيب النساء.

الإمراض؛ يعتقد أن الآلية الإمراضية هي المناعة الناتية، وتبدو بالتهاب أوعية بمعقد مناعى من (نمط III).

المظاهر السريرية؛ تتصف بشرى مزمن متقطع ولفترة تصل حتى ٢-١٢ سنة، وتتصف الأفات الشروية الحاكة بأنها انتبارات محدودة صلبة حمراء اللون تبقى من ٢١-٢٤ ساعة ونادراً حتى ٧٧ ساعة. وتترافق التظاهرات الجلدية وأعراض أخرى كالتهاب المفاصل، والألام العضلية، والألام البطنية، واعتلال العقد اللمفية المتعددة (الشكل ٨).

الوجودات الخبرية: ترتفع سرعة التثفل، وبرداد تعداد



الشكل (٨) التهاب الأوعية الشروي

الكريات البيض والحمضات وتنقص المتممة C5,C4,C3.C1 في ٥٠٪ من الحالات، وتكون الأضداد المضادة للنوى والعامل الرثياني إيجابيين في بعض الحالات: وكذلك الغلوبيولينات المرية.

التشخيص التغريقي: يجب تضريق الرض عن الغلوبيولينات القرية والذأب الحمامي الجهازي وفرفرية هيئوخ شونلاين، الخزعة مهمة في التشخيص،

# تشخيص الشرى:

تشخيص الشرى سهل بالفحص السريري، وتجرى مع ذلك بعض الاختبارات التي تفيد في تشخيص الشرى الفيزيائي كتطبيق الضغط أو البرودة، وتعد القصة المرضية مهمة في كشف سبب الشرى الحاد أو المزمن (الجدول ٢).

إ- اختبار حدف المستضدات: يمنع حدف المستضدات المتوقعة تشكل الانتبارات، وهي مهمة في تشخيص الشرى المتوقعة والمزمن المتقطع أكثر منها في الشرى المزمن، ومشال على هذا الإجراء يلجأ إلى حدف المؤرج الغذائي فيعطى المصاب خلال ١-٣ أيام شاياً محلى بالدكستروز أو يعطى البطاطا والرز والماء المعدني، وإذا ما شفي الشرى خلال هذه الفترة دل ذلك على أن للطعام شأناً في إحداث الشرى.

٧- اختبار التحريض؛ يؤدي إعطاء المريض المستضدات
 المتوقع مسؤوليتها عن الشرى إلى حالة شروية حادة كإعطاء
 الأدوية التي يشك بإحداثها الشرى، لكن هذا الاختبار قد

- القصة الرضية
- الفحص الفيزيائي
- اختبارات تحريض لكشف الشرى الفيزيائي
  - التعداد والصيغة
    - سرعة التثفل
    - فحص البول
  - فحص براز للتحري عن الطفيليات
    - التهاب الكبد الإنتاني
      - أضداد الدرق
      - أضداد النواة
      - اليروتينات القرية
        - والتعمة
- الاختبارات الجلدية للكشف عن الثقاعلات المتواسطة بالـ IgE
  - اختبار RAST للكشف عن IgE النوعية
    - معطل Cl esterase inhibitor هي المدم
      - الخزعة الجلدية

# الجدول (٣) الأستقصاءات في الشرى/الوذمة الوعالية

يكون خطراً؛ إذ يمكن أن يؤدي إلى صدمة؛ لذا لا يجرى إلا في المنتشفي بحضور الطبيب والمواد الإسعافية.

٣- الخزعة: تبدي رشاحة التهابية لمفاوية تاثية حول الأوعية، وحين الشك بالتهاب أوعية شروي يجب إجراء خزعة نسحية تألفية.

\$- الاختبارات الجلدية: تعتمد هذه الاختبارات على
 إدخال المتضدات إلى الأدمة.

- \* اختبار الفراك: يجرى بفرك الستضد على جلد الساعد،
- ♦ اختبار الوخر: يجرى بوضع نقطة من المحلول المؤرج
   على جلد الساعد ثم يوخر الجلد من خلالها بأداة واخرة.
- ♦ اختبار الخدش: يتم بخدش الجلد بمبضع أو بإبرة ثم
   يوضع مكان الخدش محلول مستضدي.
- اختبار الحقن داخل الأدمة، يقوم على حقن المحلول المستضد المستضد الداخلة المستضد الداخلة للجلد بهذه الطريقة أكثر بكثير من الاختبارات السابقة. ويجري هذا الاختبار في الحالات التي تكون فيها الاختبارات السابقة سلبية.

هيار IgE في المسل؛ يمكن معايرة IgE المسل بطرق مختلفة وكذلك كشف IgE النوعية تجاه مستضدات مشكوك بها كما في اختبار الامتصاص الشعاعي الأرجى RAST.

### معالجة الشرى:

تقوم معالجة الشرى بكل أنواعه على تجنب العوامل السببة: إضافة إلى المعالجة العرضية بغية منع حدوث الانتبارات والحكة.

### ١- معالجة الشرى الحاد والشرى المزمن المتقطع:

مضادات الهستامين، تعمل مضادات الهستامين على منع ارتباط الهستامين بمستقبلاته H1 بعملية تنافسية. ويلجأ إليها بوصفها خياراً علاجياً أول حيث يفضل إعطاء مضادات الهستامين الحديثة غير المركنة مثل ديسلوراتادين وليفوسيتريزين وفيكسوفينادين ولوراتادين وسيتريزين وفيكسوفينادين وإذا ثم يستجب المريض للجرعة الدوائية اليومية التقليدية؛ يلجأ إلى مضاعفتها أما مضادات الهستامين القديمة والتي لها تأثيرات مركنة فيستحسن أن تعطى ليلاً كما يجب أن ينبه المريض لتأثيرها المركن، ويحذر من قيادة السيارة أو القيام بالأعمال الدقيقة الأخرى في أثناء تناولها.

الستيروليدات القشرية: تعطى مضادات الأرح في الحالات الشديدة من الشرى وفي المضاعفات المهددة للحياة كوذمة الحنجرة والصدمة التأفية؛ وذلك بعد إعطاء الأدرينالين. وتعطى الستيروليدات القشرية النوابة عن طريق الحقن

العضلي أو الوريدي حتى ١٠٠١ملغ، وبعدها تعطى الستيروئيدات عن طريق الفم كالبريدنيزولون ٥، ١-١ملغ/ كغ يومياً ولبضعة ايام.

المالجة الموضعية؛ فالدتها محدودة.

٧- معالجة الصدمة التأقية:

إيقاف العامل المسبب المتهم.

 وضع قنطرة وريدية. وإعطاء البدائل الدموية التي تحافظ على حجم الدم (مصل فيزيولوجي ملحي أو دكستروز).

 ادرینالین ۱۹۰۱مل من محلوله الألفي حقناً تحت الجلد، یکرر بعد ۱۱-۱۹ دقیقة إذا لم تتحسن الحالة.

التأكد من سلامة المجرى التنفسي وإعطاء الأكسجين
 حين اللزوم.

■ كلورفيشرامين ماڻيات ۱۰-۲۰ ملغ وريدياً، أو هيدروكسيزين ۲۰-۵۰ ملغ عضلياً.

 مضادات هستامین H1 و H2 فمویاً أو وریدیاً ٤ مرات ومیاً.

الستيروئيدات القشرية: هيدروكورتيزون ۲۵۰ ملخ وريدياً
 و١٠١ ملخ كل ٦ ساعات، أو بريدنيزولون ٤٠ ملغ يومياً مدة ٣ أمام.

مراقبة النبض والضغط.

امينوفلَين في التشنج القصبي ١٥٠ملغ وريدياً خلال ٤
 دقائق و ٢٥٠ملغ في ٥٠٠ مل سيروم ملحي ٩, ٥٪ خلال ٦
 ساعات، أو نبولا يزدتر يوتالين، سائبوتا مول أو ميتابر وترينول.

٣- معالجة الشرى المؤمن: من الضروري شرح طبيعة المرض وإنداره للمصاب بالشرى المزمن بوصفه خطوة آولى، أما الخطوة الثانية الضرورية فتقوم على استبعاد العوامل المسببة والمثيرة للمرض. تشكل مضادات الهستامين الخط العلاجي الأول: ولاسيما الحديثة منها وغير المركنة. وتُذكر من أدوية الخط العلاجي الشائي الحديثة مضادات مستقبلات المووتريين montelukast وزفيرلوكاست zafirlukast وزفيرلوكاست the مضادات الهستامين H2 مع مضادات الهستامين H2 مع مضادات الهستامين H1 أكثر فعالية عند مجموعة من المرضى؛ ذلك

كما يمكن إضافة الكولشيسين إلى علاج الذين لا يستجيبون الضادات الهستامين على نحو جيد.

الستيروليدات القشرية؛ لا تعطى الستيروليدات في الشرى المزمن؛ لأنها تخفض المرض فقط. لكنها قد تعطى

في الحالات الشديدة لفترة محدودة نظراً لتأثيراتها الجانبية.

PUVA والأشعة فوق البنفسجية ب ضيقة الحزمة-Nb: UVBتشفى باستعمائها نسبة قليلة من المسابين بالشرى المزمن

أما دي صوديوم كروموغليكات disodium cromoglycate فيساعد على تقوية الغشاء القاعدي للخلايا البدينة؛ مما يثبط انطلاق الهستامين، ويوصف للوقاية.

السيكلوسيورين أ: يلجأ إلى المعالجة بالسيكلوسيورين للمرضى المسابين بشرى شديد ومزمن ومعند على المعالجات المالوفة التي ذكرت سابقاً: بجرعة ٥,٧-٥,٣ ملغ/كغ يومياً للدة شهر حتى ثلاثة أشهر.

آفاد حقن الغلوبيولينات المناعية ضمن الوريد بجرعة £, • غ/كغ/يوم مدة خمسة أيام في تسعة مرضى من أصل عشرة تم شفاؤهم، ويقي اثنان دون نكس مدة سنتين.

الأوماليزوماب omalizumab: هو مضاد وحيد النسيلة لد Be يقلل من IgE الحرومن تعبير FCeRI على سطح الخلايا البدينة والأسسة، في دراسة أجريت لمالجة ١٢ مريضاً بالأوماليزوماب شفي ٧ مرضى، وتحسن ٤ مرضى، ولم يستجب للعلاج مريض واحد فقط.

# ٤- المالجة النوعية لأشكال الشرى الأخرى:

 الكتوبية الجلدية: تفيد فيها مضادات الهستامين لحديثة.

• شرى الضغط: المالجة ليست سهلة عادة، يستخدم السيتريزين بجرعة عائية ١٠ ملغ ٣ مراث يومياً، واللوراتادين والديسلوراتادين والهيدروكسيزين والأستيميزول والترفينادين، وتعطى الستيروئيدات القشرية للهجمات للدة قصيرة.

• شرى البرد الكسبي، وتفيد على نحو أقل في معالجة شرى البرد الكسبي، وتفيد على نحو أقل في شرى البرد العائلي. ومن الحقائق التي تثير الانتباه فائدة المعالجة بالبنسلين في معالجة شرى البرد، وذلك بنسبة ٢٠-٤٪ من الحالات، ويحتمل حدوث تفاعل بين البنسلين والأضداد من نوع IgE . يعطى البنسلين بمقدار ١٠ ملايين وحدة من بنزيل البنسلين (بنسلين G) في الوريد يومياً لمدة ٢-٣ أسابيع . ومن المعالجات الجهازية الأخرى إعطاء مضادات الملاربا كالهيد روكسي كلوروكين .

 شرى الحرارة: أهم خطوة في العلاج هو تحضيف التعرض للحرارة وأشعة الشمس أو تجنبه، وتعطى مضادات

الهستامين غير الركنة.

- الشرى الكولينرجي: يمكن إيقاف الهجمة الشروية بالتبريد السريع أحياناً. تستخدم في معالجة هذا النمط من الشرى مضادات الهستامين ولاسيما السيتريزين: لأن له تأثيراً مضاداً للكولين، كذلك الهيدروكسيزين املغ ٣ مرات يومياً في البداية ثم املغ يومياً. وقد يخفف إعطاء كل من الكيتوتيفن وحاصرات بيتا مثل بروبرانولول الانتبارات والحكة عند بعض المرضى.
- شرى الماء: تخف أعراض هذا الشرى بإعطاء مضادات الهستامين. ومن جهة أخرى يمكن للوقاية تطبيق زيت خامل قبل القيام بالحمام أو تجفيف الجلد بسرعة بعد تماسه مع الماء.
- الشرى المفتعل: تعطى فيه مضادات الهستاسين مثل الهيدروكسيزين والمهدئات النفسية. وقد تتطلب في بعض الحالات الاستشارة النفسية.
- شرى التماس: إضافة إلى تجنب المادة المؤرجة تفيد فيه مضادات الهستامين، وقد تعطى الستيروئيدات القشرية جهازياً. وتفيد كذلك الستيروئيدات الموضعية.
- الشرى اللامناعي المحدث بالأدوية: يمالج كما في الشرى الحاد أو الصدمة التأفية.
  - مثلازمة Hoigné: تعالج كما في الصدمة التأقية.
- الودمة الوعائية: يعالج الشكل المكتسب كما في الشرى العادي، وتعالج الإعاقة التنفسية في الحالات الإسعافية بالأدرينائين حقناً عضلياً أو تحت الجلد، ويكرر حقنه إذا لم يحصل تحسن خلال ١٠-١٥ دقيقة. أما في الشكل الوراثي فإن فائدة مضادات الهستامين والستيروئيدات القشرية قليلة، وفي الحالات الحادة يعطي باكراً ما أمكن الأدرينائين والمصورة الطازجة ١٠٠٠-١٥٠ وحدة عن طريق الوريد. للمتممة C1-INH المتعلى الجراحي أو قلع الأستان جرعة وتعطي للوقاية قبل العمل الجراحي أو قلع الأستان جرعة أمينو كابروئيك (عضادة لحل اللييفات مثل حمض إيبسلون أمينو كابروئيك (عضاء الترانسيكساميك epsilon- aminocaproic acid وحيف الترانسيكساميك إعطاء المنازول epsilon- aminocaproic acid وضياً.
- التهاب الأوعية الشروي، يعالج جهازياً بمضادات الهستامين أو الستيرونيدات القشرية مثل البريدنيزون ٣٠ صلخ يومياً. وقد يفيد كل من الإندوميتاسين وحمض النيكوتينيك والكولشيسين والدابسون. وتعطى أحياناً مثبطات الناعة مثل الأزائيوبرين. أما موضعياً فتطبق

محاليل الزنك ومضادات الهستامين والستيروئيدات القشرية.

# ثانياً- الطفوح الدوائية drug eruptions:

الطفوح الدوائية تظاهرات سريرية تطرأ على الجلد والأغشية المخاطية بصفة تأثيرات جانبية غير مرغوب بها ناجمة عن تناول دواء ما.

الحدوث: تبلغ نسبة حدوث الطفوح الدوائية ٥٪ من الأمراض الجلدية. وهي عند الأطفال أقل حدوثاً مما عند الكهول: ذلك أنهم أقل تناولاً للدواء، أما الجنس فلا تأثير له في معدل الحدوث إذا تم استثناء الأدوية الهرمونية.

الإمراض؛ تحدث الطفوح الدوائية إما بسبب تفاعل مناعي أرجي تجاه الدواء ذاته أو أحد مستقلباته؛ وإما بسبب تفاعل لا مناعي (أرج كاذب) يؤدي إلى إزالة تحبب الخلايا البدينة والأسسة، وهناك آليات مختلفة للطفوح الدوائية. (الجدول ۴).

ا- لا مناعية:

ا- متوقعة:

فرط الجرعة

تأثيرات جانبية

تأثير تراكمي

سمية اجلة

تغير النبيت الجلدي

تغيرات استقلابية

تداخلات دوائية

تفعيل لا مناعي للخلايا البدينة أو المتممة

إثارة مرض

ب-غير متوقعة:

عدم تحمل

تحساس ذاتي

Ģ-------

٢-مناعية (غيرمتوقعة):

تفاعل متواسط بالـ IgE

تفاعل بالانسمام الخلوي

تفاعل بالمقد المناعي

تفاعل متواسط بالخلايا

٣- متفرقات:

تفاعلات جاريش هركسهايمر

تفاعل داء وحيدات النوى الخمجي-الأمبسلين

الجدول (٣) تصنيف الطفوح الدوالية اعتماداً على آليتها الإمراضية

non-immunological التفاعلات الدوائية اللامناعية drug reactions:

#### أ- متوقعة:

التفاعلات الدوالية الناجمة عن قرط الجرعة؛ من المتوقع أن تؤدي الجرعة الزائدة من دواء ما إلى فرط التأثير، فقد يحدث نزف جلدي عقب جرعة مفرطة من الباربيتورات.

التأثيرات الدوائية الجانبية، ترافق هذه التأثيرات الجانبية التأثير العلاجي كتساقط الشعر الناجم عن الأدوية المثبطة للتكاثر الخلوي، أو النعاس الذي تسببه مضادات الهستامين المركنة.

الجرعة المتراكمة: قد يكون العلاج الطويل الأمد بدواء
 ما سبباً في التفاعل الجلدي نتيجة اختزان الدواء في الجلد
 كأملاح الذهب التي تسبب اضطرابات لونية جلدية.

السمية الأجلة، مثل التقرانات والأورام الجلدية التي تظهر بعد سنوات عديدة من تناول الزرنيخ.

- تغير النبيت الجلدي skin flora: يتغير التوازن الجرثومي في الجلد والأغشية المخاطية نتيجة المعالجة بالستيروئيدات القشرية أو الصادات واسعة الطيف: مما يؤهب للأخماج الجلدية بالمبيضات البيض.
- تغيرات استقلابية: كالإيزوتريتنوين الذي يسبب
   الصفرومات الجلدية نتيجة رفعه تركيز البروتينات
   الشحمية.
- التداخلات الدوائية، يسبب إعطاء عدة أدوية بأن واحد إلى اشتداد تأثير أحد الأدوية أوإنقاصه، فمثلاً يقوم الأسبرين والسلفوناميدات والكلوفيبرات والفينيل بوتازون بمنافسة الوارفارين على الارتباط بألبومين المصل فيزداد تركيز الوارفارين الحر؛ مما يؤدي إلى نزوف وكدمات في الجلد.
- تفعيل لا مناعي الخلايا البدينة أو المتممة: تقوم بعض
   الأدوية بإزالة تحبب الخلايا البدينة وإطلاق وسائطها
   مباشرة، مثل الأسبرين والأفيونات.
- إثارة مرض ما كامن أو ظاهر: كتحريض التهاب الجلد
   الحلئي الشكل باليود، أو تحريض الصداف بأملاح الليتيوم
   وحاصرات بيتا ومضادات اللاريا.

#### ب- غير متوقعة:

• عدم التحمل intolerance؛ ويعني ظهور تأثير وصفي شديد للدواء بجرعة صغيرة منه، إما بسبب تأخر استقلابه من جراء اضطراب وظيفة الكيد أو الكلية؛ وإما بسبب اضطراب وراشي في استقلاب الدواء. مثال ذلك حدوث التنخر بالكومارين عند النساء المسنات.

• التحساس الثاتي idiosyncrasy يعني ظهور تأثير غير وصفي للدواء بآلية مجهولة قد تكون وراثية كالبورفيريا الحدثة ببعض الأدوية، والمتلازمة الشبيهة بالذاب الحمامي المحدثة بالهيدرالازين.

٢- التفاعلات الدوائية الناعية (الأرجية) Immunological (allergic):

ترتبط الأدوية او مستقلباتها او سواغاتها في البدء ببروتين الجسم؛ لكي تتعرف إليها الجملة المناعية، وتشكل أضداداً تجاهها، ثم يؤدي بعد ذلك تفاعل الضد – المستضد إلى تفاعل أرجي، يتطلب تشكل الأضداد نحو ٨-١٢ يوماً من التماس مع المستضد، لكن تكرر نفوذ المستضد بعد ذلك يحدث التفاعل الأرجي بسرعة في بضع دقائق إلى بضع

تحدث التفاعلات الدوائية المناعية وفضاً لأليات مناعية مختلفة تم تصنيفها من قبل كومس Coombs وجل كها ملي:

أ- النمط المتفاعل العاجل المتواسط بال IgE: ترتبط أضداد IgE على سطح الخلايا البدينة في النسج والأسسات في الدم، وعند تشكل جسور ما بين مستضد وجزيئين لضد اgE على سطح الخلية يثار شلال من التفاعلات الإنزيمية تؤدي إلى انطلاق الوسائط مثل الهستامين، وعامل جذب الحمضات للتأق واللوكوتريين C4 والبروستاغلاندين D2 والكينين ولوسائط أخرى. وكنتيجة لتأثير هذه المواد في والكينين ولوسائط أخرى. وكنتيجة لتأثير هذه المواد في الأنسجة ونتحه، كما يحدث انجذاب كيميائي للحمضات الأنسجة ونتحه، كما يحدث انجذاب كيميائي للحمضات والشرى والوذمة الوعائية والطفوح حصبوية الشكل، علما أن البنسلينات هي السبب الشائع للتفاعلات الدوائية ان البنسلينات هي السبب الشائع للتفاعلات الدوائية المعتمدة على IgE.

ب- النمط أل تفاعل الانسمام الخلوي، وهو ما تحدثه الأدوية غالباً، ويحدث من اتحاد الأضداد مع المستضدات الدوائية المتوضعة على الغشاء الخلوي الذي يؤدي إلى استهلاك المتممة وتخريب تلك الخلايا. المثال التقليدي لهذا النمط من التفاعل الفرفرية بنقص الصفيحات الذي ينجم عن الكينيدين وفقر الدم الانحلالي الناجم عن متيل دويا.

ج- النمط III تفاعل متواسط بالمقد المناعي: يترسب المقد (المستضد الدوائي - الضد) في الأوعية الدموية أو الفشاء القاعدي مسبباً أشكالاً متعددة من التفاعلات الدوائية، وقد تُفعل المقدات الناعية شلال المتممة C3a وC3a

مؤدية إلى تحرير وسائط من الخلايا البدينة والأسسات.

مرض الأصل: بعد وجود الدواء المستضد في الدوران لفترة كافية عند شخص غير متحسس نه سابقاً تتشكل تجاهه أضداد من نوع IgG أو IgM؛ وبالتالي تتشكل المعقدات المناعية الجوالة، ويتطلب تشكل الأضداد ٦ أيام أو أكثر بعد دخول الدواء أيجدث مرض المصل عندما يتحد الضد بالمستضد المُوجود بوفرة، ويترسب في جدر الأوعية الصغيرة، وتُضعَل كذلك البالعات وحيدة النوي. كان يشاهد هذا المرض عند المالجة بمصول غريبة كمصل الحصان المضاد للدفترياء يتظاهر مرض المبل سريريا بحمى وطفح شروى أو حطاطي أو وذمة وعاثية والتهاب مفاصل واعتلال عقد لمفية والتهاب كلية والتهاب أعصاب.

التهاب الأومية الأرجى؛ تترسب المقدات المناعية على البطانة الوعائية، وتفعل شلال المتممة، فتنطلق سيتوكينات من الخلايا البدينة والأسسات مسببة زيادة نفوذية الأوعية وجذب العدلات وحدوث التهاب موضع، كما تسبب العقدات المناعية تكدس الصفيحات وتشكل خثرات دقيقة: مما يؤدى إلى المظهر النسيجي لالتهاب الأوعية الكاسر للبيض.

تفاعل أرتوس Arthus: هو شكل موضع من التهاب الأوعية بالعقد المناعى؛ إذ يؤدي حقن الستضد كاللقاح في الأدمة أو تحت الجلد وبوجود المعقدات المناعية الجوالة إلى ارتكاس موضعي يصل ذروته بعد ٤-١٠ ساعات، ويتظاهر يحمامي ووذمة ونزف وأحياناً نخر مكان الحقن.

 النمط ١٤٠ التفاعل الأجل التواسط بالخلايا: تكون التفاعلات في هذا النمط متواسطة بالخلايا؛ إذ تتفاعل فيها اللمفاويات التاثية الساعدة المحسسة ضد الستضدات الدوائية اتدخيلة بالتماس محدثة تفاعلا التهابيا بعد فترة ٢٤-١٢ ساعة من تكرار التعرض، وهناك شعطان لهذا التفاعل: الأول- بُمِعِدُ تَضَاعِلُ الْسِلِينَ: تَطَلَقَ فَيِهِ اللَّمِضَاوِياتَ اللمفوكينات مثل العامل المثبط للبلاعم (MIF) والعامل المتبط للكريات البيض (LIF)، ويؤدي ذلك إلى تفاعل خلوي التهابي، يتظاهر هذا التفاعل سريرياً بالطفوح حصيوية الشكل وقرمزية الشكل، الفقاعية، والتفاعلات الحزازاتية والحمامي عديدة الأشكال والحمامي العقدة، والتضاعلات الشبيهة بالذأب الحمامي والاندفاع الدوائي الثابت. والثاني-نمط الأكزيمة: يرتبط هذا النمط بالبشرة ويؤدى إلى الثهاب الجلد التماسي الأرجي.

٣- تفاعلات دوائية بآليات متفرقة:

اً- تفاعل جاریش ـ هیرکسهایم ر Jarisch-Herxheimer;

reaction يحدث اشتداد الافات الجلدية الموجودة من منشأ جرثومي بعد بدء المالجة بصاد حيوى قوى فعال: مما يؤدي إلى إتلاف الجراثيم السريع وانطلاق مواد سامة تؤدي إلى زيادة الطفحية الجلدية الموجودة أو أنها تحدث طفحية جديدة. والمثال التقليدي على هذا التفاعل هو ما يشاهد في معالجة السفلس بالبنسلين.

ب- تفاعل داء وحيدات النوي الخمجي المالج بالأمبسلِّين infectious mononucleosis-ampicillin reaction: يسبب الأميسلين غالبا طفحا حصبوي الشكل حين يعطى لريض مصاب بداء وحيدات النوى الخمجي، الأثية غير معروفة، وقد دلت بعض الأبحاث على وجود تحسس تجاه الأميسلين.

الأشكال السريرية للطفوح الدوائية وسببياتها:

للطفوح الدوائية أشكال سريرية مختلفة، وقد تقلد أمراضاً جلدية عديدة. وعلى الرغم من أن هناك أدوية معينة تسبب تفاعلات نوعية، إلا أن معظم الأدوية تسبب انماطاً متعددة من التفاعلات.

ا- الطفح النوالي البقعي الحطاطي maculopapular: هو أكثر الطفوح الدوائية شيوعاً وأكثرها تطوراً إلى الشكل المعمم الشكل (٩). يحدث غالباً بعد ٢-٣ أيام من التعرض للدواء المحسس وأخياناً حتى ٣ أسابيع. قد بشبه هذا الطفح الحمي القرمزية أو الحصية، أو لا يشبه أي طفح خمجي، يكون هذا الطفح متناظراً عادةً، وقد يرافقه حمى وحكة وارتفاع حمضات الدم، وأكثر الأدوية السببة له هي:

Ampicillin

Penicillins

Gentamycin

Phenylbutazone

Sulfonamides

Phenytoin

Carbamazepine

٣- الطفح الدوالي الشروي؛ وهو ثاني طفح جلدي من حيث الشيوع، يحدث خلال ٢٤-٣٦ ساعة من تناول الدواء، وأكشر الأدوية المسببة للشرى/الوذمة الوعالية هي: .codeine aspirin, NSAIDs sulphonamides penicillins

إضافة إلى مضافات الأطعمة مثل: tartrazine yellow dye .sulphites .benzoic acid

كما أن هناك أدوية تطلق وسائط الخلايا البدينة مباشرة مثل: ACE inhibitors Anaesthetic agents local or general

والتفاعلات التأقائية تشبه سريرياً التأق لكن آليتها غير مناعية، فبعض الأدوية مثل المانيتول والمادة الطليسة ومضادات الالتهاب الملاستيروئيدية والأسبرين وبعض مضافات الأطعمة مثل. benzoic acid, sulphite preservatives تحرر الوسائط مباشرة دون IgE. أما تدبير الطفح التأقي والتأقائي فهو كتدبير الشرى والصدمة التأقية المذكور في بحث الشرى.

# الطفح الدوائي الصدافي الشكل تسييه الأدوية التالية،

Lithium salts
NSAIDs
Antimalrials
β-blockers

Phenylbutazone

# الطفع الدوائي المشابه للنخالية الوردية تسببه الأدوية التالية،

Omeprazole Captopril Metronidazole Isotretinoin Gold

# ٧- الطفح الدوائي بشكل أحمرية الجلد التوسفية: أحد أخطر الطفوح الدوائية، ويرافقه العديد من الاختلاطات الجهازية. الأدوية المسيدة:

Isoniazıd Arsenic Heavy metals Sulphonamides **Antimalarials** Penicillin Thioacetazone Phenytoin Topical tar Homeopathic medicines Phenylbutazone Streptomycin Sulfadiazine Captopril Cefoxitin Cimetidine Ampicillin

تعبير أحمرية الجلد/التهاب الجلد التوسفي: ويكون بالحفاظ على حرارة الجسم وتوازن السوائل والشوارد وتدبير قصور القلب وإعطاء الألبومين وريدياً ويريدنيزولون ١٠-٣٠ ملغ يومياً.



الشكل (٩) طفح دوائي بقعي حطاطي

Amphetamine
Opiates
Hydralazine
Pentamidine
ACE inhibitors captopril codeine
Radiocontrast media
Quinine
Atropine
Polymyxin B
D-tubocurarine

# ٢- العلمَح الدوائي الشروي البقعي تسببه الأدوية التالية:

Procaine
Penicillin
Ampicillin
Sulphonamides
Insulin
Phenolphthalein

3- الطفح الدوائي التأقي والتأقاني: يتطور هذا التفاعل عادة خلال دقائق إلى ساعات: وغالباً ما يكون شديداً لدرجة قد يكون فيها مميتاً. يتظاهر بوهن ووسن ونمل واحمرار المتحمة وشرى ووذمة وعائية وتشنج قصبي وألم بطني ووهعا دوراني، أما الأدوية المسببة له فهى:

Radiographic contrast media
Penicillins
Cephalosporins
Aminoglycosides
Tetracyclines
Sulphonamides
Ketoconazole
Fluconazole
NSAIDs

٨- الطفح الدوالي الفرقري؛ قد يكون للعديد من الأدوية تأثير في تكدس الصفيحات كالأسبرين، أو تأثير مضاد ثلتختر كالسيفا توسبورين cephalosporins، أو إحداث نقص في الصفيحات بآلية أرجية أو غير أرجية، أو تأثير في وظيفة الصفيحات valporic acid، أو إحداث هشاشة في الأوعية كالستيروئيدات steroids. تسبب الأدوية السامة للخلايا فرفرية نتيجة تثبيط نقى العظم وانخفاض عدد الصفيحات الأقل من ١٠٠٠/مم والثنال التقليدي لحدوث فرفرية دوائية المنشأ بتفاعل الانسمام الخلوي (النمط []) هو الفرفرية المحدثة بالأدوية الثالية: quinine, quinidine, chlorothiazide. وقد تسبب بعض الأدوية التهاب أوعية أرجى كاسر للكريات البيض نتيجة تفاعل أرجى بالمقد المناعى (النمط اال)، (الشكل؛١). وأكثر الأدوية المسببة له هي:

> Ampicillin Sulphonamides **NSAIDs** Phenytoin Zidovudine Furosemide Thiazides Phenylbutazone Quintdine Cimetidine **BCG** vaccination Radiographic contrast media **Tartrazine**



الشكل (١٠) طفح دوائي فرفري

كما قد تسبب بعض الأدوية التهاب أوعية بتفاعل أرجى متواسط بالخلايا (النمط ١٧) ولاسيما في الأوعية الشعرية محدثة الفرفرية المسطيفة التي تنجم عن الأدوية التالية:

Meprobamate Carbamazepine Lorazepam **Paracetamol** Ciclosporin Griseofulvin

# ٩- الطفح الدوالي الحمامي الحلقي: تسبيه الأدوية

# التالبة

Aspirin

Carbromal

Thiamine

**NSAIDs** 

Ampicillin

Diuretics

**Phloroquine** Hydroxychloroquine

Oestrogens

Cimetidine

Penicillin

Salicylates

Piroxicam

Hydrochlorothiazide

**SPironolactone** 

Etizolam

Aspirin

Vitamin K

١٠- مرض المصل serum sickness: يحدث بتفاعل المقد المناعي (النمط III)، والأدوية المسببة له هي: المصول الغربية، الغلوبيولين المناعي.

> Penicillin Amoxicillin Flucloxacillin Cefactor Cefprozil Piperacıllin Ciprofloxacin Cefatrizine Co-trimoxazole Streptomycin Sulphonamides Sulfasalazine

Intravenous streptokinase Thiouracils

۱۱- الطفح الدوائي الثابت fixed drug eruption: يتصف هذا الطفح بتكرره في الأماكن نفسها من الجلد أو الأغشية

الخاطية مع تكرر تناول الدواء. تتطور الأفات خلال ٣٠ دقيقة إلى ٨ ساعات بعد دخول الدواء؛ وذلك على شكل لويحات دائرية أو بيضوية حمامية وذمية واضحة الحدود حاكة بقطر من يضعة مليمترات حتى ٢سم أو أكثر، ويتطور اللون الحمامي إلى بنفسجي أوبني وتصبح الأفة أحيانا حويصلية أو فقاعية، الأفة عادة وحيدة، لكنها مع تكرار تناول الدواء قد تتعدد. والأماكن المضطلة لتوضع هذا الطفح هي: الأطراف والبدان والقدمان والأعضاء التناسلية وحول الشرح. قد تصاب الأغشية المخاطية الفموية أو التناسلية مع الإصابة الجلدية أو وحدها. تتراجع الأفات تاركة جلباً ووسوهاً ومن ثم هرط تصبخ قد يدوم فترة طويلة (الشكل ١١)، من المفترض نشوء هذا الطفح نتيجة للتفاعل الأجل

> **NSAIDs** Aspirin Oxyphenbutazone Paracetamol Piroxicam

> > Naproxen Dipyrine Tetracycline

Co-trimoxazole Ampicillin

Systemic antifungal agents Calcium channel blockers

> ACE inhibitors Hormonal agents

المتواسط بالخلايا (النمط ١٧). والأدوية المسببة لهذا الطفح

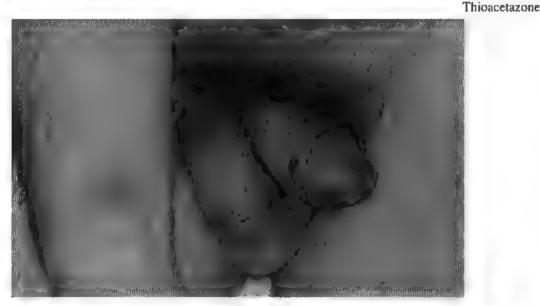
Tetryzoline hydroch Pseudoephedrine,loride Diflunisal, Thiopental Sulphonamides **Barbiturates** Sulfadiazine Levamisole Dimenhydrinate

Gold salts

11- الطقح الدوائي الحزازاتي lichenoid drug eruption: يتظاهر هذا الطفح بحطاطات حزازانية على السطوح الانبساطية للأطراف وعلى الظهر، يبدأ الطفح بالظهور بعد عدة اسابيم حتى بضعة اشهر من تناول الدواء، ويشفى تاركاً فرط تصبح غالباً. أما إمراضية هذا الطفح فيعتقد أنه تفاعل متواسط باللمفاويات التائية. والأدوية السبية له هي:

> Antimalarials Penicillamine Phenothiazine derivatives thiazide Furosemide **B-blockers** Calcium channel blockers Sulphonylurea **NSAIDs** Sulfasalazine

۱۳- الطبقح الدوالي عدى الشكل acneiform drug eruption: يتظاهر هذا الطفح بآفات وحيدة الشكل حطاطية بثرية دون زؤان عادة (الشكل ١٢). ولا يعود سيب هذا الطفح إلى تفاعل أرجى، وإنما ينجم عن تأثير الأدوية في الجريبات الزهمية، والأدوية المسببة هي:



الشكل (١١) طفح دوائي ثابت

Ofloxacin Streptomycin Isoniazıd mercury Metronidazole Terbinafine Fluconazole Itraconazole Nystatin Salazosulfapyridine/salazopyrin Diltiazem Captopril Enalapril Furosemide Hydrochlorothiazide Cytarabine High-dose chemotherapy Acetylsalicylic acid Naproxen Dextropropoxyphene Hydroxychloroguine Allopurinol, Phenytoin,

#### ه١- الحساسية الضيائية النوائية التواثية drug photosensitivity.

تظهر اندفاعات هذه الحساسية على الجلد المعرض للضياء، ويحدث بآلية انسمام ضيائي أو أرج ضيائي (الشكل ١٣).

#### والأدوية المسببة هي:

Carbamazepine

Amiodarone phenothiazines
Psoralens
Sulphonamides
Tetracyclines
Thiazides
NSAIDs

۱۲ - تغيرات لون الجلد المحدثة بالأدوية drug-induced - المجلد المحدثة بالأدوية alteration in skin colour بسبب ويادة تصنيع الميلانين وإما ترسب الدواء في الجلد وإما من جراء فرط تصبغ تال للائتهاب. ومن الأدوية المسببة:

Contraceptive pills
Minocycline
Antimalarials
Chlorpromazine
Amiodarone
Carotene
Heavy metals
Phenothiazine
Bleomycin
Busulfan



(الشكل (١٢) طفح دوائي عدي الشكل (ستيروتيدي المنشأ)

Adrenocorticotrophic hormone (ACTH)

Corticosteroids

Anabolic steroids

Androgens

Oral contraceptives

Iodides

Bromides

Isoniazid

Rifampicin

Phenobarbital

Hydantoin

Vitamin B

acute الطفح الدوائي البشري المعمم الحاد الطفح الدوائي البشري المعمم الحاد الطفح generalized exanthematous pustulosis: يشبه هذا الطفح الصداف البشري، لكن وجود الحمضات في الرشاحة الالتهابية يساعد على تشخيص سببه الدوائي، والأدوية

#### السبية هي:

Ampicillin
Amoxicillin
Spiramycin
Erythromycin
PropicillinImipenem
Cephalosporins
Co-trimoxazole
Doxycycline
Chloramphenicol
Norfloxacin



(الشكل (۱۳) طفح ضوني دوائي

Topical carmustine
Cyclophosphamide
Daunorubicin
Fluorouracil
Hydroxyurea
Topical mechlorethamine
Methotrexate

## وبالعكس من ذلك فقد تسبب بعض الأدوية نقص تصبغ جلدى مثل الأدوية التالية:

Monobenzyl ether of hydroquinone P-tertiary-butylcatechol P-tertiary-butylphenol

P-tertiary-amylphenol

Monomethyl ether of hydroquinone, Hydroquinone
Phenolic detergent germicides
Diphenousprone

Diphencyprone

وقد يسبب التطبيق الموضعي طويل الأمد للهيدروكينون تلون الجلد بلون رمادي إلى أزرق مسودً، فتسمى الحالة بالغرانية ochronosis.

١٧- الطفح الدوائي الأكريمائي: يحدث هذا الطفح حين
 يكون المريض مصاباً بالتهاب جلد تماسى أرجى تجاه دواء

كان استعمله: أو استعمل أحد مشتقاته جهازياً. مثل ذلك مرضى السكري الذين لديهم تحسس تجاه فنيلنديامين phenylenediamine تصبغات الشعر قد يحدث لديهم هذا المشخح نتيجة خافضات السكر chlorpropamide أو دارقه الشكوك به باختبار الرقعة.

١٨- الطفح الدوائي الفقاعي: يحدث هذا الطفح بعدة اليات إمراضية كما يتظاهر بعدة أشكال سريرية. قد تحدث الفقاعات في العلفح الدوائي الثابت أو التهاب الأوعية المحدث بالدواء أو الحمامي عديدة الأشكال أو متلازمة ستيفن جونسون أو انحلال البشرة النخري السمي.

وقد تحدث فقاعات خاصة في أماكن الضفط نتيجة فرط. جرعة بعض الأدوية مثل الباربيتورات.

# وهناك أدوية تحرض البورفيريا الحادة الجلدية الأجلة والمتقلبة، يُذكر منها:

Aminogluethimide
Barbıturate
Carbamazepine
Carbromal
Chlorpropamide
Danazol

Diclofenac Phenytoin

Ergot preparations Griseofulvin

كما أن هناك أدوية تحرض البورفيريا الكاذبة؛ أي ظهور أفات فقاعية شبيهة بالبورفيريا على المناطق المعرضة للضياء

من دون وجود اضطراب في استقلاب البورفيرين، ومن هذه

#### الأدوية:

Furosemide Naproxen Aspirin Nalidixic acid Tetracyclines Sulphonylureas

Furosemide

# الفقاعاتي الفقاعي المعنث بالأدوية المعند الفقاعاتي الفقاعي المعنث بالأدوية السبية:

Spironolactone
Penicillamine
Penicillin
Ciprofloxacin
Sulfasalazine
SAlicylazosulfapyridine
Topical fluorouracil, PUVA

Enalapril ١٠- الفقاع المحدث بالأدوية؛ الهمت محموعة من الأدوية Propylthiouracil بإحداثها للفقاء الذي غالباً ما يتجلى بالشكل الورقي. Cimetidine وتحدث ٨٠٪ من هذه الحالات بسبب أدوية تضم زمرة ثبول Anticonvulsants Zidovudine thiol في جزيئاتها: ولأسيما البنسلامين. Penicillamine ٢٤- المتلازمة الشبيهة بالنذاب الحسامي: تسبب الأدوسة ACE inhibitors captopril and ramipril التالية: نسبة ٥٪ فقط من الناب الحمامي الجهازي. Gold sodium thiomalate Procainamide Piroxicam Hydralazine Penicillin **B-blockers** Ampicullin Methyldopa Amoxicillin Isoniazid Rifampicin Phenytoin Cefadroxil Carbamazepine Pyrazolone derivatives trimethadione Propranolol Primidone Optalidon Valproate Phenobarbital **Quinidine** Nifedipine وهناك بعض الأدوية التي قد تسبب الذأب الحمامي تحت Hydantom المادا وهيء Indomethacın and aspirin Phenytoin ٢١- داء IgA الخطئ المحدث بالأدوية: الأدوية السببة: Thiazide, ACE inhibitors Vancomycin Calcium channel blockers Amiodarone Terbinafine Ampicillin Griseofulvin Atorvastatin Piroxicam Captopril Interferons Carbamazepine ٢٤- التهاب الجلد والمضل الحدث بالأدوبة الأدوبة Diclofenac Furosemide Glibenclamide Penicillamine IFN-y NSAIDs (niflumic acid and diclofenac) Todine Carbamazepine Lithium, Penicillin, Phenytoin Vaccination as with BCG ٢٣- الحلال البشرة الفقاعي المكتسب المحدث بالأدوية Benzalkonium chloride Hydroxyurea acquisita: يحدث هذا الطفح يسبب الصادات، وعلى رأسها ٧٦ - تفاعلات بوائية شبيهة بتصلب الحلدر الأدوية السبية : .Vancomycin Penicillamine ٣٢- التهاب الأوهية المحدث بالأدوية: قد تسبب بعض Bleomycin الأدوية التهاب أوعية تخريا قد يصيب الأعضاء الداخلية Bromocriptine Vitamin K أيضاً، ويمكن أن يؤدي إلى الوفاة. الأدوية السببة: Sodium valproate Ampicillin ٧٧- الحمامي المقدة المحدثة بالأدوية: الأدوية المسببة: Sulphonamides Furosemide Sulphonamides Thiazides **Analgesics NSAIDs** Antipyretics Quinidine Contraceptive pills Amiodarone Oestrogen

Granulocyte colony-stimulating factor

Hydralazine

All-trans-retinote acid

٧٨ - المُتَاكِّرُمِةَ الشبيهِة بِاللمِفومِة الكَاذِيةِ؛ هِنَاكُ عدد مِن الأدوية التي تثير تفاعلاً مقلداً اللمفوما، يتظاهر بلويجات حمامية وحطاطات مرتشحة متعددة أو عقيدة وحيدة. بيدأ هذا التفاعل عادة خلال ٧ أسابيع من بدء العلاج بالدواء، وبتأخر ظهوره أحباناً حتى بعد ٥ سنوات، كما قد تكون هناك صعوبة في تضريق هذه المثلازمة نسيجياً عن اللمفوما الخبيثة. الأدوية السبية:

> Phenytoin **Phenobarbital** Carbamazepine Sodium valproate Allopurinol Antidepressants phenothiazines Thioridazine Benzodiazepines Antihistamines **B-blockers** ACE inhibitors Calcium channel blockers Salazosulfapyridine Lipid-lowering agents Mexiletine, ciclosporin Penicillamine Silicone breast implants

# ٣٠- العلقح الدوائي الشبيه بالشواك الأسود acanthosis: الأدوية السبية: nigricans-like drug eruption

Nicotinic acid Fusidic acid Triazinate (folic acid antagonist) Stilboestrol Contraceptive pills

 ١٠- السماك المحدث بالأدوية: يسبب خافض الكولستيرول تريبارانول triparanol وحمض النيكوتين nicotinic acid تغيرات شبيهة بالسماك لدى عدد قليل من الرضي.

٣١- الحاصة المحدثة بالأدوية: أدوية كثيرة تسبب تساقط الشمر، ويأتى في مقدمتها: الأدوية السامة للخلايا ومضادات التخشر ومضادات الدرق،

Levodopa Propranolol Albendazole Bromocriptine Oral contraceptives Retinoids Clofibrate Danazol

٢٧- الشمرانية أو قروك الأشمار المحنشة بالأدوية: تسبب

Certain progestogens Corticosteroids

Androgens

أما الأدوية السيبة تقرط الأشعار فهيء

Phenytoin **Psoralens** Minoxidil Diazoxide Streptomycin Penicillamine Ciclosporin

٣٢- الموامل المثمرة للجمامي عديدة الأشكال:

وهناك عوامل مثيرة للتضاعل المناعى الأجل المتوسط بالخلايا، وتسبب الحمامي عديدة الأشكال (الشكل ١٤)، وهي: الأخماج وعلى رأسها حمة الحلا المسيط HSV: وهو العامل المؤهب الأكثر شبوعاً،

اللقاحات.

وينسش الأدوينة المسؤولية عين تبحير ١٠٪ مين حيالات

الحمامي متعددة الأشكال، وهي:

Cephalosporins Sulfonamides and co-trimoxazole

Barbiturates Pyrazolone derivatives (phenylbutazone)

> Phenolphthalein Rifampicia, penicillias Hydantoin derivatives

Carbamazepine

Danazol allopurinol Phenothiazines

Chlorpropamide

Thiazide diuretics

Sulphones Phenazone

Minoxidil

Mianserin

Methaqualone

**TrazodonE** 

Progesterone

Lithium

Ampicillin

Amoxicillin

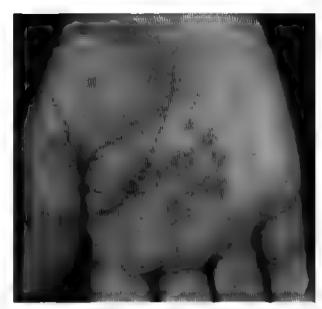
Vancomycin

Ofloxacin

Terbinafine

Antiretroviral agents including didanosine

الأدوية التالية الشعرانية:



الشكل (١٤) حمامي عديدة الأشكال

Griseofulvin
Celecoxib and rofecoxib
Granulocyte macrophage stimulating factor
Thalidomide
Fenbufen
Sulindac
Ceftazidime

- أمراض النسيج الضام: مثل الدأب الحمامي الجهازي.
  - الخياثات الداخلية، واللوكيميا واللمفومات.
    - المالجة بالأشمة.
      - الحمل،
      - الفروانية.
  - قد لا يكشف أي سبب مؤهب في ۵۰٪ من الحالات.

74 متلازمة ستيفن - جونسون - 74 toxic وانحلال البشرة النخري السمي syndrome (الشكلان ١٩٤٥) الأدوية

Thiazide diuretics Antiretroviral drugs nevirapine and abacavir

المسبية لهاتين المتلازمتين:

Sulphonamides
Tetracycline
Penicillin derivatives
NSAIDs
Anticonvulsants (phenytoin)
Carbamazepine, barbiturates)
Antitubercular drugs (thiacetazone)
Analgesics (acetylsalicylic acid)
Fenbufen
Sulphonylurea
Allopurinol

Terbinafine Nystatin Ciprofloxacin **Antimalarials** Cyclophosphamide Methotrexate Rituximab Propylthiouracil Ranitidine Mebendazole Metronidazole Diltiazem Nifedipine Verapamil Tetrazepam Vaccination

#### سير الطفوح الدوائية وإنثارهاء

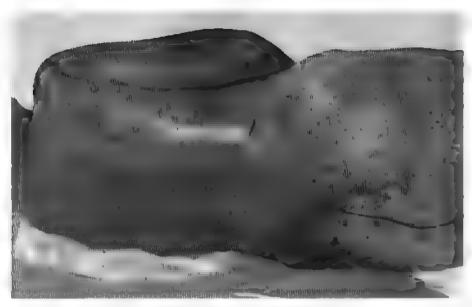
مآل معظم الطفوح الدوائية جيد، إذ تتراجع الأعراض بعد إيقاف الدواء. بيد أن هناك طفوحاً دوائية شديدة مهددة للحياة كما في انحلال البشرة النخري السمي.

#### تشخيص الطفوح الدوالية:

ليس للطفوح الدوائية – باستثناء الطفح الدوائي الثابت – مظاهر سريرية نوعية؛ وهذا ما يجعل تشخيصها صعباً أحياناً، كما أنه من الصعب غالباً تحديد الدواء المسبب ولاسيما إذا كان المريض يعالج بعدة أدوية. يتطلب تشخيص هذه الطفوح قصة سريرية دقيقة وتجرية حذف الدواء المشتبه به واختبارات الجلد (اختبار الرقعة والوخز واختبار الحقن ضمن الأدمة)، ومعايرة IgE النوعي الموجه ضد الدواء RAST واختبار التحريض، وتساعد اختبارات الجلد على وضع التشخيص، لكن سلبيتها لا تنفي الطفح الدوائي؛ إذ التحسس قد يكون تجاه أحد مستقلبات الدواء، أما اختبار التحريض بالدواء التهم فيحمل محاذير عديدة، إذ قد تسبب



الشكل (١٥) متلازمة ستيفن-جونسون



الشكل (١٦) انحلال البشرة النخري السمي

جرعة الدواء المستخدمة للتحريض تفاعلات ممينة مثل تلك التي يسببها البنسلين والكينين. ويحظر إجراء اختبار التحريض في متلازمة ستيفن- جونسون أو انحلال البشرة النخري السمي أو التأق. ومن مساوئ اختبار التحريض أيضاً أنه قد يعطي سلبية كاذبة بجرعة الدواء المستخدمة في الاختبار أو بسبب إجراء الاختبار في أثناء فترة العصيان بعد حدوث التفاعل.

#### ممالجة الطفوح الدوالية:

من البديهي أن إيقاف الدواء هو أفضل من المعالجة. وحين تكون معالجة المريض بعدة أدوية يجب إيقاف الأدوية غير الأساسية والتخطيط لتستبدل بالأدوية الأساسية أدوية من زمر كيميائية أخرى.

ولما كانت الأشكال السريرية للطفوح الدوائية متعددة؛ يعالج كل شكل سريري وحده إضافة إلى الخطوط العلاجية المُشتركة. تعتمد معالجة الطفح الدوائي على درجة شدته،

ففي الحالات الخفيضة يكفي إيقاف الدواء المشكوك به والشروع بمعالجة عرضية بستيروئيدات موضعية خفيفة إلى متوسطة مع إعطاء مضادات هستامين جهازياً. أما في الحالات المتوسطة فيضاف إلى ما سبق الستيروئيدات القشرية بجرعة متوسطة (٢٠-٨٠ ملغ بريدنيزولون يومياً)، وتعطى في الحالات الشديدة جرعات أعلى.

المائجة الموضعية: تحدد بحسب الشكل السريري للطفح، فتعالج الاندفاعات الحمامية بمحاليل الزنك، وقد يضاف اليها الستيروئيد الموضعي، أما الاندفاعات الفقاعية أو النازة فيوصى بالكمادات الرطبة.

وإذا كان الدواء المسبب للطفح ضرورياً للمريض ولا بديل له، وكان التفاعل المسبب عنه من النمط العاجل المتواسط بالـ IgE؛ يلجأ عندها إلى إزالة التحسس التي تتم فقط في المستشفى وفي وحدة العناية المشددة.

# الأمراض الجلدية: الحُمامية، والحمامية – الحطاطية الوسفية، والأحمريات الجلدية

رياض زيتو

الجلادات الحمامية والجلادات الحمامية الحطاطية الوسفية هي مجموعة من الأمراض الجلدية الرئيسة والشائعة، كالصدفية والنخالية الوردية والحزاز المسطع، تكثر مصادفتها في العيادات العامة وفي العيادات الجلدية المتخصصة.

والصفة المستركة الجامعة بين أمراض هذه الجموعة هي:
الشكل والموجودات السريرية، وليست الأسباب أو الأليات
الإمراضية أو الخصائص الوراثية ونحو ذلك، كما هي الحال
في مجموعات الأمراض الأخرى.

إن أبرز الصفات الشكلية والموجودات السريرية لهذه المجموعة هي الحمامي والوسوف كما هو ماثل في عنوانها، تتصف الحمامي باحمرار الجلد الذي ينجم في معظم الحالات عن توسع الشعيريات الدموية في الأدمة بسبب أليات التهابية مختلفة، أما الوسوف فهي نتاج التبدلات الطارئة على الخلايا المتقرئة في البشرة والتي تعود أسبابها إلى تلك الأليات الالتهابية المختلفة ومنها التهابية المختلفة ومنها الأليات الالتهابية المختلفة ومنها المؤليات المختلفة ومنها الأليات المختلفة ومنها المؤليات المختلفة ومنها المؤليات المختلفة ومنها المختلفة المختلفة ومنها المؤليات المختلفة ومنها المختلفة ومنها المختلفة الم

كانت التصنيفات الأولية للأمراض الجلدية التي وضعها المؤلفون الأوائل تضم مجموعة واسعة من الأمراض الجلدية الحمامية الوسفية لم تعرف يومئن أسبابها أو الياتها المرضية، واصبحت تصنف اليوم في أبحاث أخرى، كالنهاب الجلد التأتبي الذي يبحث في الأمراض الأرجية والناب الحمامي القرصاوي الذي يبحث في أمراض المناعة الذاتية والحمامي المرمنة الهاجرة التي تبحث في الأمراض الخمجية المراض المحموض المراض المحموض المراض المحموض المراض المحموض المراض المحموض المراض المحموض المحموضة عديدة غيرها.

يمكن تصنيف هذه المجموعة من الأمراض الجلدية في أربع زمر رئيسة هي:

أولاً- الحُمامات وتشمل الحمامات الموضعة والمنتشرة.

ثانياً - الجلادات الحمامية الوسفية: وأبرزها النخالية الوردية والتهاب الجلد المثني (الزهمي).

**ثَاثِثاً** - الْجُلادات الحمامية - الحطاطية الوسفية، وفي طليعتها: الصدفية والحزاز المسطح.

رابعاً- الأحمريات.

أولاً - الأمراض الجلدية الحمامية:

يطلق عليها اسم الحُمامي erythema ولها أشكال عديدة، منها التالية:

#### ١- الحمامي الوجهية:

أ- احمرار الوجه blushing أو ما يسمى الحمامى الحيائية،
 يحدث فيها احمرار الوجه وأعلى الصدر والعنق، يثار بالخجل
 أو التعرض لتوتر عصبى ويزول بزواله.

وهو ظاهرة شائعة بين كثير من الناس، ويحدث بتضاعل وعائي متبدل يؤدي إلى توسع الضفيرة الوعائية الدموية تحت البشرة.

ب- الحمامى الوجهية الدائمة persistent facial:
والأنف والذقن يرافقها توسع دائم في الأوعية الشعرية، تظهر في الصغر وينمط عائلي غالباً، ويكون معظم الرضى من النمط القصير البدين.

ج- البيغ في متلازمة السرطاوي flushing in carcinoid: تحدث الحمامي في نحو ٨٥٪ من حالات متلازمة السرطاوي، وهي تنشؤات في الخلايا العصبية الصماوية neuroendocrine. تتألف أعراضه من الثالوث الرئيسي؛ البيغ الجلدي والإسهالات وإصابات قلبية دسامية/قصور قلب أيمن.

يظهر البيغ على الوجه والعنق بشكل بقع من الحمامي أو الشرى على نحو مفاجئ ويدوم عدة دقائق، ومع مرور الوقت تتوسع الأوعية الشعرية وتصبح الحمامي دائمة، ومع ذلك فإنها تتراجع بعد استنصال الورم.

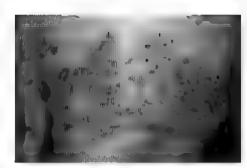
العلاج: استنصال الورم وإعطاء مضادات السيروتونين (سيبروهيبتادين).

rerythema gyratum repens الحمامي الملتقة الزاحفة -٢- الحمامي الملتقة الزاحفة

تعد الحمامى الملتفة الزاحفة إصابة مواكبة للتنشؤات الخبيشة في أكثر من ٨٠٪ من الحالات، وهي نادرة جداً والحالات التي ذكرت في الأدب الطبي معدودة تصيب الأعمار ما بين ١٤٠٠ سنة.

الإمراض: يتشكل فيها معقد مناعي مستضدي يهاجم خلايا الجلد نتيجة لوجود التنشؤ فيه.

سريرياً؛ حمامى مسطحة أو مرتفعة قليلاً بأشكال حلقية أو لولبية (الشكل 1) على شكل ألياف الخشب أو جلد حمار الوحش. وتكون هاجرة بسرعة اسم يومياً، والصفة الميزة لهذه الأفة وجود الوسوف الحيطية الطوقية على حواف البقع، وكذلك وجود حكة شديدة.



الشكل (١) الحمامي الملتفة الزاحفة (أشكال حلقية ولولبية)

تعد هنده الاندفاعات مرآة لما يخفيه الجسم من ورم؛ إذ تزول بعد نحو ستة اسابيع من زواله، وتظهر قبل تحديده بنحو ٩ شهور إلى سنة.

الأسهاب: تأتي أورام الرئتين في المقدمة ثم أورام الثديين فالمثانة فالحوض.

التشريح المرضي: رشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية. المالجة: علاج السبب.

٣- الحمامي الحلقية النابئة centrifugum:

الحمامى الحلقية النابذة وصفها داريه عام ١٩١٦، وتصنف على أنها شكل من الحمامى اللتفة، وهي تصيب الكهول متوسطى الأعمار دونما تمييز للجنس.

الإمراض: السبب الحقيقي ما زال مجهولاً، وقد يكون تضاعلاً تحسسياً للرض خبيث، أو لخمج جرشومي أو بالشيروسات أو بالفطور؛ أو ببعض الأدوية ولاسيما مركبات الكلوروكان والسيمتدين والاستروجان والينسلان.



الشكل (٢) الحمامي الحلقية النابذة

صريرياً، تتظاهر ببقع حمامية حلقية أو قوسية الشكل متعددة الحلقات (الشكل ؟)، تبدو في البدء شروية ثم تصبح وذمية خلال إسابيع أو أشهر لتُظهر بعدها بقع جديدة وتصبح النطقة الشافية مصطبغة قليلاً، وقد تحدث أحياناً بقع وسفية طوقية الشكل.

نسجياً: تتميز بارتشاح كثيف من الخلايا اللمفاوية والناسجة يطوق الأوعية الأدمية دونما إصابة البشرة.

الأعراض؛ ترافق الاندفاعات الحمامية الشروية حكة بسيطة أو ترفع حروري بسيط مع بدء ظهور الاندفاعات.

العلاج: يجب التركيز على علاج السبب، وينصح بإجراء الاختبارات الأرجية، والمعالجة عادة عرضية بمضادات الالتهاب غبر الستبرونيدية.

t - الحمامي المرتفعة الدائمة erythema elevatum عاد المرتفعة الدائمة diutinum

الحمامي المرتفعة الدائمة شكل نادر لالتهاب الأوعية الكاسر للكريات البيض، تتميز باندفاعات حطاطية حمر أو بنيه مصفرة أو عقيدية تصيب على نحو خاص الأوجه الانبساطية للأطراف.

الإمراض: لا زالت آليتها غير محددة بالضبط ويعتقد بتوضع معقدات مناعية في الأوعية الدموية الصغيرة تؤدي إلى سلسلة التهابات تخرب الأوعية، واتضح باختبارات التألق المناعية المباشرة توضع الغلوبولينات المناعية IgA+lgM+lgG حول الأوعية المتأذية.

الموجودات السريرية: تعد السطوح الباسطة للأطراف -وخاصة في القدمين والركبتين (الشكل ٣) والمرفقين وظهري اليدين - الأماكن المفضلة لهذه الإصابة إضافة إلى وتر آشيل، وتبدو الموجودات السريرية على شكل سطوح أو لويحات ثابتة مرتفعة ومرتشحة ذات مركز منخفض بلون أصفر إلى بئي.

يرافق الأعراض إحساس بالحرقة أو الحكة، وتـزداد الأعراض بالبرد، وقد تترافق والأخماج العقدية وتترافق أحياناً والنقرس أو الألم المفصلي وعدم التحمل الدوائي.



الشكل (٣) الحمامي المرتفعة الدائمة (على الركبتين)

وأشارت عدة دراسات إلى ترافقها واضطرابات عينية.

الأسباب: أكثر ما تترافق هذه الإصابة والأخماج المعاودة ولا سيما بالعقديات؛ والأخماج الفيروسية ولاسيما التهاب الكبد B وفيروس نقص المناعة المكتسب HIV؛ والتبدلات الرثوية؛ ونقوما الخلايا البائية.

أشارت الدراسات الحديثة التي أجريت في السنوات الأخيرة إلى أن الاضطرابات الدموية تعد أكثر التبدلات الرضية الرافقة لهذه الإصابة.

التشريح المرضي، يلاحظ في الأفات الباكرة التهاب وعائي شديد وتفزو العدلات والحمضات الأدمة، وتترافق والتهاب أوعية كاسر للكريات البيض، وتبدي الأفات القديمة نسيجاً حبيبومياً والتهاب أوعية.

التشخيص التفريقي: عن الحبيبوم الحلقي، والحبيبوم الوجهي.

المالجة: يعد السلفون (دابسون) ٥٠-١٥٠ ملغ/يومياً العلاج المضل مع مراقبة التأثيرات الجانبية لهذا الدواء وإجراء المحوص الدموية اللازمة، وخاصة تعداد الكريات البيض وخضاب الدم.

- السلفا بيريدين.
- حقن معلق تريامسئولون ضمن الإصابة.
  - معالجة أخماج العقديات بالبنسلين.
- ه- الحمامي العقدة erythema nodosum:

الحمامى العقدة اندفاعات حمامية عقيدية محدودة، شائعة الحدوث، تصيب بصغة رئيسة الإناث (٢-١)، وغالباً ما تصيب الأوجه الأمامية للساقين، وهي تمثل ظاهرة فرط تحسس ارتكاسي بالتهاب أوعية أرجي تترسب فيها المعقدات المناعية في الأوعية الدموية والأدمية فتحدث استجابة التهابية في النسج.

السببيات: تنجم عن عدة عوامل أهمها:

- الأخماج بالعقديات التي تصيب السبيل التنفسي العلوي، وتظهر بعد الخمج بنحو أسبوعين، وقد يرافقها حمى رثوية.
  - التدرن ويظهر في أثناء سير الخمج الأولى.
    - الساركوئيد "الغرناوية".
- الإصابات الفطرية، وأكثرها شيوعاً الفطار الكرواني coccidioidomycosis
- الأدوية: أهمها السلضوناميد sulfonamide ومانعات الحمل.
  - داء كرون والتهاب القولون القرحى.

سريرياً: تسبق الهجمة أعراض عامة تتجلى بارتفاع الحرارة والوهن والألام العضلية والمصلية، إضافة إلى عقيدات حمر مرتشحة متناظرة حدودها غير واضحة: مؤلة بالجس. تصيب الساقين خاصة (الشكلة) وحول الركبة والكاحل، والميزة المهمة لهذه العقيدات أنها لا تتقرح. ويعد ارتفاع سرعة التثفل حتى حدود ١٠٠ ملم/سا علامة مميزة. فسجياً: ارتشاح لمفاوي في الأدمة وفي حجب النسيج الشحمي، وتعد حبيبومات ميشر Miescher (تتألف من ناسجات حول الأوعية الصغيرة) نموذجية ولكنها غير شائعة.

التشخيص التقريقي، عن الحمرة erysipelas، والحمامي الجاسنة E. induratum، ولدغ الحشرات، والشري.

المعالجة، ينصح بالراحة المطلقة في الضراش ويإعطاء الساليسيلات، ويمكن إعطاء يوديد البوتاسيوم بمقدار ٢٠٠٠- ملغ/يومياً في الحالات المزمنة والمعاودة، وقد يعطى بريدنيزولون أحياناً، وموضعياً قد تفيد الضمادات الرطبة.

۱– الحمامي الراحية – الأخمصية palmar plantar: erythema تقسم إلى:

أ- الحمامى الراحية الأخمصية الوراثية: تصيب الذكور على تحو رئيس، وتتصف بحمامى دائمة وخاصة على قاعدة الإبهام والخنصر. وهي تعبر عن خلل في أوعية الجلد يؤدي إلى توسعها، ويجب تضريقها عن الشكل العرضى من



الشكل (٤) الحمامي العقدة على (الساقين)

الحمامى، ويجب فحص الأقرباء وذلك لتقريب التشخيص. ب- الحمامى الراحية الأخمصية العرضية: أو ما يسمى الحمامى الكيدية:

هي حمامي ساطعة تشتد على الأقسام البارزة من راحة البد وعلى وسائد الأصابع، ويمكن أن تصبيب الأخمصين وتكون الأظافر بمعظم الأحيان بلون مبيض حليبي.

تشاهد في أدواء الكبد المزمنة وترتبط بعدة إصابات مزمنة كالتهاب المفاصل المزمن والذأب الحمامى المجموعي والداء السكري وفرط الدرقية، ويمكن أن تشاهد في الحمل ويعد الولادة.

أما الأشكال الأخرى من الحمامات فمنها ما يأتي ذكره في أبحاث أخرى كالحمامى عديدة الأشكال ومنها ما هو نادر الحدوث كمتلازمة سويت Sweet.

## ثانياً- الجاردات الحمامية الوسفية:

:pityriasis rosea النخالية الوربية

هي إصابة جلدية طفحية وصفت منذ قرنين، تتظاهر باندفاعات حمامية وسفية تصيب الجذع وتتوزع على نحو متناظر.

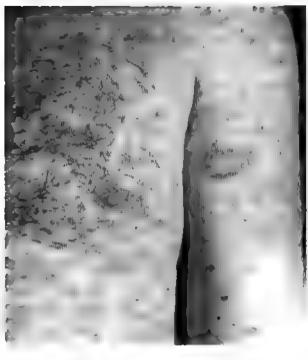
الحدوث: تبلغ نسبة مصادفتها في العيادات الجلدية نحو ١-٢٪، وتصيب الأطفال والبالغين والشباب، والعمر الوسطي للإصابة هو ما بين ١٥-٤٠ سنة، وأكثر ما تصادف في أشهر الخريف والربيع.

الأسباب الأسباب الحقيقية لا زالت غير معروفة. وقد الهمت الفيروسات (HHV-6, HHV-7). وأشير إلى أنها تشبه الأفات الطفحية من حيث ميلها إلى الظهور في الخريف والربيع ولكن لم يتم عزل أي من الجراثيم أو الفيروسات فيها، وقد يكون للأدوية شأن في إحداثها.

الموجودات السريرية: تبدأ الإصابة بلويحة دائرية أو بيضوية حمامية تسترها وسوف نخالية الشكل تصادف في الجذع خاصة وتسمى بقعة الطليعة (الشكل ٥).

تشاهد في ٥٠-٥٠٪ من الحالات، يتلوها بعد نحو أسبوع الله أسبوعين اندفاعات حمامية وسفية تظهر على هجمات وتتوزع في الجدع وجدور الأطراف وتعف عادة عن الوجه. قدوم هذه الاندفاعات نحو ٢ إلى ٦ أسابيع. والشكل النموذجي من النخالية الوردية تتوزع فيه الاندفاعات حسب خطوط الجلد في الجدع بنموذج شجرة الميلاد.

وهناك الشكل المقلوب تتوزع فيه الاندفاعات في الأطراف القاصية وتتوزع جنورها على نحو أقل في الجذع، وقد تشاهد في الأطفال دون عمر خمس سنوات اندفاعات حطاطية تأخذ



الشكل (٥) النخالية الوردية - وتبدو "بفعة الطليعة" على العضد

توزع النخالية الوردية، وهناك أشكال سريرية نادرة تكون فيها الاندفاعات على شكل بقع كبيرة لويحية أو حويصلية أو بثرية أو تشبه الحمامي عديدة الأشكال، وتشاهد إصابة الوجه أكثر لدى الأطفال السود (٣٠٪) وتنتشر إلى أطراف فروة الرأس.

الأعراض؛ قلّ أن تكون الحكة شديدة إن وجدت، وقد تكون على شكل حس وخرّ ولاسيما في بدء ظهور الاندفاعات، وغالباً ما يكون الدافع لزيارة الطبيب هو الخوف لدى المريض أو ذويه من ازدياد الاندفاعات وانتشارها الواسع والسريع.

قد تسبق ظهور الاندفاعات أعراض عامة كالتعب البسيط، أو ترفع الحرارة البسيط أو الألام المصلية أو ضخامة العقد اللمفاوية.

التشخيص التفريقي؛ عن التهاب الجلد الزهمي، والاندفاعات الدوائية، والنخالية الحزازية، والحزاز المسطح، وسعفات الجسد، والإفرنجيات الثانوية، والأكزيمة الدينارية.

المعالجة: تبدأ بطمأنة المريض أو أهله بأن الإصابة غير معدية وأنها تشفى تلقائياً خلال شهر أو يزيد تقريباً، وأنها لا تترك أي أثر بعد الشفاء، وأن حالات النّكس لا تتعدى نحو (٣٪)،

تعطى مضادات الهيستامين فموياً حين وجود حكة مزعجة، وموضعياً يمكن استخدام مركبات أكسيد الزنك أو الكلامينا؛ أو الستيروئيدات غير النفوذة لأيام قليلة حين

ظهور اندفاعات أعلى الجذع أو حواف الوجه وخاصة لدى السيدات. وينصح باستخدام الصابون اللطيف غير المخرش في أثناء الاستحمام ولاسيما في بدء ظهور الاندفاعات.

Y-التهاب الجلد المثني "الزهمي جلاد التهابي مزمن يصيب التهاب الجلد المثني أو الزهمي جلاد التهابي مزمن يصيب الرضع والبالغين، ويترافق وزيادة الزهم "الدهن" ويتوضع على الضروة وصيواني الأذنين والحاجبين والشلم الخدي الشفوي ومنطقة القص والسرة والمغبن، يتظاهر بشكل بقع حمامية وسفية مع جلب دهنية، والحكة قد تكون شديدة أحياناً. وهو يصيب الأشخاص بنسبة ٢-٥٪ وتظهر لدى الرضع بعمر الأشهر الثلاثة الأولى من الحياة، كما يصيب البائغين ما بين المقدين الرابع والسابع مع ميل إلى إصابة النكور أكثر من الإناث.

الإمراض: الآلية الإمراضية الأكثر قبولاً في الوقت الحالي هي فرط إفراز زهمي ينضم إليه فعل الخمائر المحبة للزهم وخاصة الوبيغاء البيضوية pityrosporon ovale والتي هي جنس من الملاسيزية malassezia، وازدياد هذه الخمائر مرتبط بشدة المرض، وتراجعها يُحسن من نتيجة العلاج، وإن زيادة نمو الوبيغاء البيضوية ينجم عنه منتجات استقلابية تُفحَل خلايا النغرهانس والخلايا اللمفاوية التائبة.

ويزداد المُرض عموماً على نحو ملحوظ في المصابين بداء باركنسون؛ إذ يزداد إنتاج الزهم، وهو شائع أيضاً في الخمج بقيروس عوز المناعة الكتسب HIV.

سريرياً؛ لدى الأطفال؛ تُصابِ الفروة بما يُعرف بـ ، خبـز



الشكل ٦) التهاب الجلد الثنَّى لدى طفل

الرأس: والثنيات: ويبدو على شكل حمامى مع جلب دهنية مصغرة. والملاحظ أن إصابة الضروة لا تؤدي إلى تساقط الأشعار. وتصاب أيضاً منطقة ما خلف الأذنين ومجرى السمع الظاهر والرقبة والإبطين والمنطقة التناسلية (الشكل ال. ويمكن أن يورث الخمج بالمبيضات البيض أو بالمكورات العنقودية المذهبة. وإن ما يسمى أحمرية لينر موسس Moussous ويرافقها سوء الحالة العامة مع إسهال وقياء وأخماج جرثومية ثانوية.

ثدى البالفين: تتوضع الإصابة على الفروة والحاجبين وحواف الأجفان ومجرى السمع والثلم الخدي الأنفي الشفوي وأمام القص والكنفين (الشكل ٧، والشكل ٨). والإصابة مزمنة قد تستمر لسنوات تتحسن في الصيف وتسوء في الشناء، ويجب التذكير بأن النخالية الجافة "القشرة" هي أخف شكل من أشكال هذا المرض.

التشخيص التضريقي: في إصابة الفروة يجب التفكير بالصداف على الرغم من احتمال ترافقهما: وبالإصابة الفطرية ولاسيما السعفات الجازة.

المالجة: الهدف من المالجة إزالة الوسوف ومنع الخمج الثانوي وتخفيف الحكة والأحمرار.

أ- قدى الرضع: يمكن إزالة الجلب (القشور) من الفروة باستخدام ضمادات زيت الزيشون الدافئة؛ أو تطبيق الستيروئيدات الموضعية الخفيفة بشكل محلول أو رهيم لأيام قليلة؛ أو تطبيق مضادات الفطور مشل الإميدازولات باستخدامها شامبو أو محاليل.

ب لدى البالفين؛ يجب التركيز على أهمية غسيل فروة الرأس اليومي الستمر باستخدام الشامبو الذي يحتوي على



الشكل (٧) التهاب الجلد اللَّتِي (الرَّهمي) في الوجه



(الشكل ٨) التهاب الجلد المثَّى (الرَّهمي) أمام منتصف القص

سيلينوم سلفيد أو بيرثيون الزنك أو القطران أو حمض السائيسيليك (الصفصاف) بفاصلة يومين بالتناوب مع الشامبوات العادية، ويمكن استخدام الستيروئيدات موضعياً بشكل محاليل والمشاركة مع حمض السائيسيلك، يجب تجنب استخدام الستيروئيدات الموضعية على الوجه باستمرار لأنها تؤدي إلى وردية ستيروئيدية، وينصح باستخدام مضادات الفطور مثل الكيتوكونازول، وتعطى مضادات الفطور مثل الكيتوكونازول، وتعطى مضادات الفطور داخلياً في الحالات الشديدة، ويمكن استخدام الميترونيدازول موضعياً بشكل هلام.

#### ٣- النَّحَالية الْحَمْرَاءِ الشَّعْرِية pityriasis rubra pilaris:

تتصف النخالية الحمراء الشعرية بالتهاب جلدي حمامي وسفي مزمن غير معروف السبب تترافق وتقران شعرى جعلها تبحث في أماكن أخرى كاضطرابات التقرن.

# ثالثاً- الجلادات الحمامية الحطاطية الوسفية:

#### ۱– الصدقية (الصُداف) psoriasis:

إصابة جلدية التهابية مزمنة ناكسة، ذات أساس وراثي قوي، يحدث فيها التهاب أدمي وفرط انقسام خلوي بشروي وشنوذ تمايز فيه. تتميز الإصابة ببقع حمامية وسفية حدودها واضحة سهلة التشخيص، قد تبقى هذه البقع معزولة بعضها عن بعض وقد يتصل بعضها ببعض لتشكل أحياناً لويحات كبيرة. وإصابة الأظافر شائعة في الصداف، وتصاب المفاصل أحياناً.

#### تاريخياء

وصف "أبو قراط" تعبير psora (يعنى الحكة باللغة

اليونانية) لحال جلدية تمثل الصداف غالباً، ثم وصفه الطبيب الإنكليزي R. Willan وصفاً أدق.

#### الحدوث:

يصيب الصداف نحو ١-٢٪ من سكان العالم، ويعد بذلك من الإصابات الشائعة وذات الأهمية، إضافة إلى أنه مشكلة اجتماعية لكثير من المرضى، يصيب الجنسين بالتساوي، وتندر إصابته العرق الأسود. تبدأ الإصابة في أي مرحلة من العمر؛ من الطفولة حتى الكهولة، بيد أن العمر الوسطي لبدء الإصابة هو بحدود ٢٨ سنة.

#### الهراثة

أشارت معظم الدراسات الواسعة التي أجريت على الصداف إلى أن للوراثة تأثيراً قوياً ومهماً، بعكس المؤثرات الخارجية فإن تأثيرها أقل، وإن لكل مريض من أصل ثلاثة مرضى أقارب مصابين بالصداف، وإصابة الأبوين بالصداف تعني احتمال إصابة نحو ٤٠٪ من أولادهم، وإصابة أحد الأبوين تعني إصابة نحو ٤٠٪ من الأولاد.

والعوامل الوراثية في الصداف متعددة، ولا تعرف حتى الأن الآلية في كيفية عملها، لكن الدراسات الحديثة المجراة على مستضدات الكريات البيض البشرية antigens (HLA) major histocompatibility) التوافق النسيجي الرئيس (complex (MHC)) - نمط ا، اا.

والمستضدات الأكثر ارتباطاً بالصداف هي: -4LA- B17 B27- B57- C-W6.

#### الإمراض:

تهاجر الخلايا اللمضاوية التائية المضعلة الجائلة في الدوران إلى مناطق الجلد الملتهب وتطلق السيتوكينات، ولها شأن مهم في الصداف وأهمها:

الإنترفيرون غاما -IFN، والإنترلوكين 2-IL، والعامل المنخر ثلورم الفا TNFa.

وتؤدي إلى زيادة التكاثر الخلوي البشروي: إذ يصبح حجم البشرة في الصداف أكبر بـ (٤-٦) مرات من البشرة الطبيعية، كما أنها تؤدي إلى اضطراب التمايز: أي إلى حدوث إشواك وفرط تقرن وخطل تقرن parakeratosis في خلايا البشرة.

#### السببيات

هنالك مثيرات ومخرشات خارجية وداخلية تنقل الصداف من النمط الكامن إلى النمط الظاهر سريرياً، فظاهرة كوبنر Kobner phenomenon يمكن من خلالها إثارة إصابة صدفية وإظهارها وذلك عن طريق تخريش الجلد؛ إذ تظهر بعد ٧-

١٤ يوماً من الخدش أو الجرح أو الحقن الموضعي أو الندبات الجراحية، وتصادف هذه الظاهرة بنسبة ١٠٤-٧٥٪ من مرضى الصداف الشائع، والاختلاف في هذه النسبة تابع لنوع الصداف من النمط الطفحي الفعال أو الكامن المزمن.

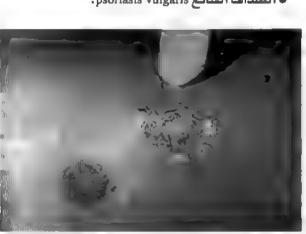
#### أما المثيرات الداخلية فأهمها:

- الخمج: ولا سيما بالعقديات؛ إذ يشكل التهاب اللوزات الحاد والبلعوم أكبر سبب عند الأطفال.
  - الكريد والانفعالات النفسية.
- الأدوية وخاصة مضادات الملاريا، وحاصرات بيشا، والليثيوم.
  - الحمل والولادة.
  - نقص الكلسيوم.
- البدائة: هنالك تشابه في الوسائط ما بين البدائة والصداف (الانترلوكين + TNF).

الأفة الأولية في الصداف هي حطاطة حمامية تكون مغطاة بوسوف جافة فضية اللون تأخذ بالاتساع لتشكل لويحات احمرارية واضحة الحدود قد تكون كبيرة جداً، وهذه الوسوف ضعيفة الالتصاق تتساقط بالكشط (الشكل ٩)، وإذا استمر كشط الآفة بعد إزالة الوسوف، أصبيح من المكن إزالة الصفيحة الرطبة الملتصقة بها وهي ما تسمى "الوريقة المُقتَلِعة"، وهي ظاهرة نموذجية جداً في الصداف، بعد هذه الوريقة يحدث بالكشط تآكل الأوعية الدموية الشعرية في الحليمات الأدمية وتسمى علامة "الندى المدى" أو ظاهرة (أوسيتز Auspitz).

> الأنماط السريرية: وهي متعددة تشمل: الصنداف غير البثري وفيه:

• الصداف الشائع psoriasis vulgaris.



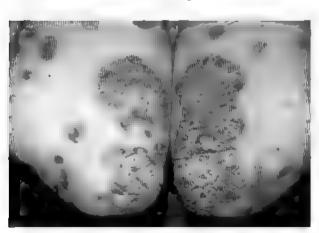
الشكل (٩) صداف وتبدو الوسوف المتساقطة بعد الكشط

- الأحمرية الصدفية psoriatic erythroderma الصداف البشري pustular psoriasis وفيه:
- الصداف البثري المنتشر ثفون زامبوش von Zumbusch.
  - القوباء الحلئية الشكل impetigo herpetiformis.
- الصداف البشري الموضع الراحي الأخمصي -palm . plantar pustular P.
- التهاب جلد النهايات المستمر لهالويو acrodermatitis .continua of Hallopeau

أ- الصداف الشائع: أو الصداف اللويحي وهو يؤلف ١٨٪ من الإصابات الصدفية، تأخذ فيه اللويحات الاحمرارية أشكالاً متعددة حلقية أو مستديرة، وأكثر ما يصيب المرفقين والركبتين وأسفل الظهر والفروة، ويصيب الجنسين بالتساوى (الشكل ۱۰).

ب- الأحمرية الصدقية: إصابة التهابية وسفية شاملة لمعظم مناطق الجسم (الشكل ١١)، تترافق وحكة شديدة أحياناً مع ودُمة وألم، وهَالباً ما تكون نتيجة لتطور صداف لويحي غير مستقر، أو إثر معالجة جهازية ستيروئيدية واسعة، وقد تكون هذه الإصابة شديدة تؤدي إلى توسف جلدي شديد وشامل قد يؤدي بالتالي إلى اضطراب في تنظيم الحرارة واضطراب الشوارد،

ج- الصداف البثري الممّم لقون زاميوش: يتميز بتشكل بحيرات قيحية دقيقة تظهر على نحو مفاجئ حول الأظفار والراحتين وعلى حواف اللويحات الصدفية المُوجودة (الشكل ١٢)، وغالباً ما يرافقه التهاب مضاصل صدافي في معظم الأحيان. يسبق تعمم الطفح ظهور بقع حمامية على الثنيات، وتبدلات في الأغشية المخاطية شائعة؛ إذ يظهر الاحمرار والتشقق على الشفتين وإئتكالات سطحية على اللسان والضم، وفي كثير من الأحيان يكون اللسان



الشكل (١٠) الصداف الشائع (إصابة الرفقين)



الشكل (١١) أحمرية صدفية

جغرافياً أو متشققاً (الشكل ١٣).

حالة المريض العامة سيئة عادة، تظهر أعراض حمى وعرواءات وتعب ونقص شهية وحس حرق شديد. أكثر الأماكن إصابة الأوجه الانعطافية للأطراف والمنطقة التناسلية الشرجية إضافة إلى المناطق النموذجية التي يظهر فيها الصداف اللويحي الشائع.

تتحرض هجمات المرض بعد إيقاف الستيروئيدات الجهازية: أو بتحريض من الأدوية أهمها التربينافين



الشكل (١٢) الصداف البثري العمم

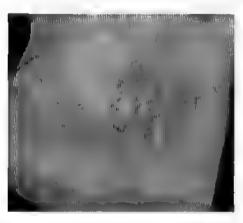


الشكل (١٣) لسان جعراقي لدى مريض مصاب بالصداف البثري المعمم والمينوسكلين والبود ومضادات البرداء.

العلاج المفضل هو إعطاء الأسيتريتين acitretin، ويعطى بديلاً منه الميتوتريكسات والسيكلوسبورين؛ وحديثاً يمكن إعطاء المائجة المناعية الحيوية كالانترسيت etanercept.

٤- القوياء الحلفية الشكل: هي شكل من الصداف البشري الحاد، تحدث في الحمل وغالباً ما تتراجع بعد الولادة، يجب في معالجتها تجنب استخدام الريتينوئيدات الجهازية لأنها مشوهة للأجنة، وتعطى الستيروئيدات الجهازية بمقدار املغ/كغ أو السيكلوسبورين.

هد الصداف البثري الموضع الراحي الأخمصي: تظهر بثور عقيمة مسطحة على قاعدة حمامية وسفية أو على جلد سليم في الراحتين والأخمصين، ويتصف المرض بسير مزمن، ونسجياً يتميز بحويصلات ضمن البشرة ممتلئة بالعدلات (الشكل ١٤).



الشكل (١٤) الصداف البشري الراحي الأخمصي - بثور في راحة اليد

و-التهاب جلد التهایات الستمر لها لویو: اندفاعات بثریة عقیمة معاودة ومزمنة تصبیب أصابع البدین والقدمین ویمکن أن تصیب سریر الظفر (الشکل ۱۵).

- إنهاب المفاصل الصدافي: وله خمسة أنماط:
- (۱)- التهاب مفاصل السلاميات القاصية غير المتناظرة: يصيب عدة مفاصل غير متناظرة، ولاسيما بين سلاميات الأصابع، ويؤدي إلى التورم والألم في أثناء الحركة والضغط، والتبدلات الظفرية شائعة في هذا الشكل.
- (٣)- التهاب المفاصل الجادع arthritis mutilans: هو شكل شديد ومشوه يصيب مضاصل صغيرة وعديدة في أصابع اليدين والقدمين (الشكل ١٦) إضافة إلى المفصل الحرقفي الأليوي، وينتهى بتشوهات عظمية ومفصلية.
- (٣)- التهاب المفاصل العديد المتناظر الشبيه بالرثياني.
- (٤)- التهاب المفاصل القليلة مع تورم والتهاب وثر واحد أو أكثر من وتر في اليد.
- (ه)- التهاب الفقار القصطي ankylosing spondylitis: ومعظم مظاهره السريرية تذكر بالتهاب المفاصل الرثياني. تفيد فيه الراحة والحركات المنفعلة ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية لكنها لا تمنع التشوهات، أما الميتوتريكسات



الشكل (١٥) التهاب جلد النهايات المستمر "لهالوبو"



الشكل (١٦) التهاب الماصل الصدفي - النمط الجادع

والسيكلوسبورين فإنها تحسن الوضع وتخفض التشوهات.

ح- صداف الأظفار: تصاب الأظافر بنسبة ١٠-٥٠٪ من المرضى المصابين بالصداف، وتظهر إصابة الأظفار إما في رحم الظفر وإما في سرير الظفر. تبدو الإصابة في رحم الظفر بشكل صداف داحسي، والأكثر شيوعاً حدوث تنقرات الأظفار (أظفار الكشتبان) (الشكل ١٧)، ولكن هذه التنقرات هي غير نوعية للصداف؛ لأنها قد تظهر في أمراض جلدية أخرى كالأكزيمة المزمنة.

أما إصابة سرير الظفر فتظهر فيه تحت الظفر بقع مدفية تقيس عدة ميليمترات بلون أصفر محمر بشكل بقع الزيت (الشكل ١٨)، وهي علامة واسمة للصداف وتؤدي حين تطورها - إلى فرط تقران تحت الحافة الحرة البعيدة.

#### التشريح المرضيء

تتصف البشرة في الصداف بالإشواك وفرط التقرن وخطل التقرن وتطاول الحليمات وازدياد انقسام الخلايا القاعدية، وتشاهد في الأدمة توسعات أوعية ورشاحة التهابية حولها.



الشكل (١٧) صداف الأظافر - يبدو بشكل تنقرات



الشكل (١٨) صداف الأظفار - شكل بقعة الزيت

تشاهد مجهرياً في كل أشكال الصداف تشكلات بشرية صمن البشرة تدعى خراجات مونرو في الطبقة المتقرنة. المالحة:

ينبغي طمأنة المريض إلى أن الصداف غير خطر وغير معد، ويجب تزويده بالمعلومات الصحيحة حول طبيعة المرض والعوامل المثيرة كالانفعال والرضوض والمتهاب اللوزات والبلعوم، ويجب تنبيهه لعدم استخدام الستيروئيدات المجموعية وعدم تطبيق الستيروئيدات النفوذة مدة طويلة وعلى مساحات كبيرة من دون استشارة الطبيب.

#### ١- المالجة الوضعية:

i- الستيروثيدات: تطبق في الإصابات المحصورة التي لا تزيد مساحتها على 70% من سطح الجلد، فالستيروئيدات الموضعية هي من أكثر العلاجات المتداولة في الصداف المحصور، وتستخدم بشكل مراهم ورهيمات ويمكن مشاركتها مع حمض الساليسليك مدة أسبوعين إلى ثلاثة أسابيع، وعموماً تعطي الستيروئيدات نتائج جيدة ولكن النكس قد يكون سريعاً، والملاحظة المعروفة لدى الأطباء والمرضى هي عدم الفائدة باستمرار استخدامها فترة طويلة وخاصة بعد غترة التحسن الأولى، وهو ما يعرف علمياً بتسرع المناعة فترة المحداف هي المداف هي المداف هي المداف هي المثبيطها الالتهاب والانقسام الخلوي البشروي.

ب قطران الفحم coal tar: وهو ينبط تركيب D.N.A 31 وهو ينبط تركيب D.N.A 31 ويسبب حساسية ضيائية، ومن مساوئ مستحضراته انها تلطخ الثياب ورائحتها غير مستحبة للمرضى، وأصبحت في الوقت الحالى مقتصرة على الشامبوات.

ج- الانترائين، يثبط الانقسام الخلوي البشروي إضافة إلى أنه مثبط مناعي، ويفضل استخدامه بتراكيز منخفضة ا-٥٪ وللدة ساعة ثم يغسل، ولا يستخدم على الوجه والأعضاء التناسلية، وينصح بمشاركته مع حمض الساليساليك لأنه يحميه من التخرب إضافة إلى أنه حال للوسوف ويمكن مشاركته والستيروئيدات بالتناوب.

a- الكائسيبوتريول calcipotriol: آلية تأثير فيتامين D3 على الخلايا المقرنة أنه ينظم استجابة البشرة للكلسيوم، واستخدامه بشكل مراهم في الصداف فعال ولكنه مخرش، ولا يستخدم على الوجه والمنطقة التناسلية، وتكون النتائج أسرع والتأثيرات الجانبية أقل حين مشاركته والستيروئيدات، ولا يستعمل مع حمض الساليسيليك.

هـ مشبطات الكالسيت ورين calcineurin: مثل التاكروليموس، وغالباً ما تكون فعالة في الإصابات الصفيرة

وقد تؤدي إلى حروق خفيفة.

و- طريقة غويكرمان :Goeckerman: تعتمد على استخدام مركبات القطران ٢-٥٪ مرة يومياً ثم يزال بزيت نباتي ويعرض الجلد للأشعة فوق البنفسجية (UV) ويكرر مدة تمتد نحو ٢٠ يوماً.

ن- طريقة انفرام Ingram: تعتمد استخدام سائل قطران الفحم ومن ثم تعريض الجلد للـUV ثم تطبيق معجون الانترائين.

#### ٧- المالجات الجموعية (الجهازية):

أ- الميتوتريكسات: فعال في الصداف اللويحي المنتشر والأحمرية الصدفية والصداف البثري ويُعد العلاج الأفضل لا التهاب المفاصل الصدفي، وآلية تأثيره هي هي تثبيط D.N.A وبالتالي يوقف انقسام الخلايا الكيراتينية السريعة. يعطى بمقدار ١٥-١٥ ملغ/أسبوعياً (الجرعة القصوى بعطى المهاغ/أسبوعياً).

تعطى في البدء جرعة تجريبية مقدارها ٣٠،٥ ملغ، ثم بجرى تحليل دم (تعداد بيض وحمر) وتعدل المقادير بحسب نتائجها، تعطى الجرعة مقسمة ٣ اقسام خلال ٢٤ ساعة.

ب- سیکلوسیورین؛ مثبط مناعة بتتبیطه إطلاق السیتوکینات.

يفيد في الأحمرية الصدقية والصداف البتري يعطى بمقدار ٣-٥ ملغ/كغ يومياً.

ج- الرتينوثيدات: من مشتقات فيتامين A، الحامضي تفيد في الصداف البثري والأحمرية الصدفية والصداف الراحي الأخمصي (البثري). ويمكن مشاركتها مع U.V.B + DUVA الضيقة الحزمة أو العريضة. تعطى بمقدار ١٠ملغ/ يومياً ثم تزاد تدريجياً حتى ٢٥ملغ.

و-المالجة المناهية الحيوية immunobiological الحديثة:
وهي تستهدف تثبيط السيتوكينات وخاصة العامل المنخر
للورم TNF، وقد اشتهر منها ايتنرسيت etanercept: وأخذ
يحل محله حديثاً بنتائج مشجعة اكثر الأيدليميوماب
يحل محله حديثاً بنتائج مشجعة اكثر الأيدليميوماب
المويحي المنتشر المزمن والعصي على المعالجات الأخرى أو
في حالات عدم تحملها.

#### ٣- المالجة الضيائية:

 الأشعة فوق البنفسجية ب UVB: ضيقة الحزمة من ٣١٤-٣١٦ نانو متراً، وهي علاج آمن جداً للصداف وخاصة الصداف البثري المعم في الحمل.

ب- البوقة PUVA (بسوراتين + UVA): يعطى اليسوراتين

مثل (٨ ميتوكسي سورائين) بالمشاركة مع UVA طويلة الموجة (٣٢٠-٣٢٠ ثانو متر) تجرى بضاصل ٣-٣ مرات أسبوعياً. ويحتمل حدوث التنشوءات السرطانية الجلدية في البوشا طويلة الأمد.

ج- ليزر "الأكزيمر" استخدم أيضاً العلاج بليزر الأكزيمر بطول موجة ٣٠٨ نانومتر، ولوحظت فعاليته في الإصابات المحصورة المزمنة.

#### سير الأرضء

يصعب عادة في الصداف التنبؤ بتطوره السريري، فالبدء غالباً في الفروة والمرفقين والركبتين، ويمكن أن يبقى محدوداً في هذه المناطق سنوات طويلة، وقد يكون بدء المرض صاخباً ومنتشرا، ويميل الصداف عموماً إلى الهجوع والنكس.

ذكرت بعض الدراسات ترافق الصداف والتهاب الكبد C. كما ذكر التهاب الكبد C مع التهاب الفاصل الصدافي، لذلك يجب التقصي عن التهاب الكبد C حين معالجة الصداف بأدوية سامة للكبد.

وبالعكس فإن الأدوية المستخدمة لالتهاب الكبد C (الانترفيرون ألضا) قد تحرض الصداف، كما أن الأدوية المضادة للعامل المنخر للورم ألفا مفيدة في الصداف بيد أنها مضاد استطباب حين وجود التهاب كبد C.

#### ٧- الجلادات نظائر المبدقية parapsoriasis:

تحدث الجلادات نظائر الصدفية عادة في متوسط العمر، وذروة الإصابة في العقد الخامس من العمر، وقد تصيب الأطفال، وتحدث لدى جميع الأجناس مع ميل إلى إصابة الذكور أكثر من الإناث.

وصف بروك في عام ١٩٠٧ ثلاثة أشكال سريرية تنظيرة الصدفية هي:

أ- نظيرة الصدفية ذات اللويحات الكبيرة large plaque من النمط الشبكي أو من نمط تبكل الجلد.

ب- نظيرة الصدفية ذات اللويحات الصفيرة small plaque مثل نمط التهاب الجلد الإصبعي.

#### ج- النخالية الحزازانية وتشمل:

- المزمنة pityriasis lichenoides chronica المزمنة
- P.L.et (موشا هابرمان) عوائدة حماقية الشكل (موشا هابرمان) varioliformis acuta" Mucha-Habermann"

#### الإمراض

الميزة المشتركة لأمراض نظائر الصدفية أنها جميعها تنتمي إلى اضطرابات تكاثر للخلايا التائية تكاثراً لمفاوياً. وتشير هذه العلاقة إلى أن التطور من نظيرة الصدفية كبيرة

اللويحات إلى الفطار الفطراني يترافق وزيادة نسائل التائيات.

#### الموجودات السريرية:

أ- نظيرة الصدفية كبيرة اللويحات؛ لطاخات بيضوية الاعرضية أو حاكة قليلاً، يزيد سطحها على فسم أو ١٠سم قطراً، يبقى ثابتاً أو يزداد تدريجياً، يصيب على نحو خاص الجذع ومناطق الثنيات وفي بعض الأحيان الأطراف. لونها احمراري تغطيها وسوف دقيقة وقد تظهر عليها تجاعيد رقيقة (كورقة لفائف التبغ)، تبدي ضموراً بشروياً وأحياناً توسعات شعرية مع تصبغات بقعية (الشكل ١٩). وهذه الصفات تؤدي إلى ما يسمى تبكل الجلد، وهنالك شكل نادر وهو نظيرة الصدفية شبكية الشكل.

ب- نظيرة الصدفية صغيرة اللويحات: تتميز بوجود بقع وسفية بلون أحمر مصفر أو مضرطة التصبيغ، ذات حواف منتظمة مدورة أو بيضوية تصيب الجذع خاصة وقطرها أقل من قسم، وهذه الاندفاعات غير حاكة. ومنها شكل مميز يسمى التهاب الجلد الوسفي السطحي المزمن، تأخذ الاندفاعات المتطاولة فيه شكل بصمة الإصبع ويلون أصفر مسمر وتتوزع على خطوط التشطر في الخاصرتين (الشكل ٢٠)، وكانت تعد طليعة للمفوما تائية الخلايا ويُنظر إليها اليوم أنها حميدة المآل.

#### تسجيأه

تبدي نظيرة الصدفية كبيرة اللويحات في المراحل المبكرة رشاحة لفاوية في الأدمة السطحية حول الأوعية، وبشروياً يشاهد شواك خفيف وفرط تقرن معتدل وخطل تقرن بؤري. أما نظيرة الصدفية صغيرة اللويحات فتبدي التهاب جلد سفاجياً خفيفاً مع بؤر من فرط التقران.



الشكل ( ١٩) نظيرة الصدفية كبيرة اللويحات



الشكل (٢٠) نظيرة الصدفية صغيرة اللويحات، وتبدي النهاب الجلد الأصبعي على خطوط التشطر في الخاصرة

#### الإنداره

يتحول ١٠-٣٠٪ من جلادات نظيرة الصدفية كبيرة اللويحات إلى فطار فطراني بعد سنين أو عقود، أما الشكل صغير اللويحات فهو سليم عادة ومن النادر أن يتحول إلى فطار فطراني.

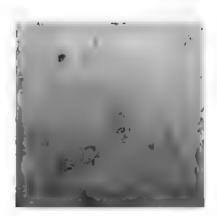
#### الملاج:

في الشكل صغير اللويحات لا حاجة إلى العلاج سوى طمأنة المريض أو استخدام المطريات الموضعية أو الستيروئيدات الموضعية السطحية. ويجب فحص المرضى كل فترة ستة أشهر.

أما الشكل كبير اللويحات فيحتاج إلى علاج بالستيروئيدات الموضعية القوية مع المعالجات الضوئية واسعة الحزمة وضيقة الحزمة أو البوشا، وقد يستعمل الخردل الأزوتي الموضعي في شكل تبكل الجلد، ويجب إجراء الخزعة الجلدية على نحو متكرر.

ج- النخالية الحزازانية pityriasis lichenoides؛ وهي هكلان:

(۱)-النخالية الحزازائية المزمنة chronic P.L. تبدو على شكل بقع حمامية وسفية مع حطاطات مسطحة تتطور ببطء شديد. تبقى الإصابة عدة أشهر، ثم تتراجع على نحو تلقائي، وهذا ما يميزها من نظيرة الصداف النقطية التي تشبهها سريرياً. أكثر ما تتوضع على جوانب الجذع والناحية القاصية من الأطراف (الشكل ۲۱). وبعد تراجعها تترك بقعاً ناقصة التصبغ، ويحدث هذا التراجع خلال أشهر إلى سنوات.



الشكل (٣١) التخالية الحزازية المزمئة

العالاج: يتضمن بصفة رئيسة المشاركة ما بين الستيروئيدات الموضعية و(PUVA +UVB)، وأعطى الارتيرومايسيين والتيتراسكلين معا وذلك للاستفادة من خاصتيهما المضادة للالتهاب، وقد تتطلب الحالات الشديدة جرعات خفيفة من الميتوتريكسات ١٠-٣٥ملغ/أسبوعياً.

 (۲)- النخالية الحزازية الحادة حماقية الشكل لر (موشا هابرمان): أكثر ما تصيب الأطفال والشباب، وإصابة الذكور أكثر بثلاث مرات من إصابة الإناث.

المسببات: غير معروفة وتترافق بعض الحالات منها وبعض الأخماج مثل التوكسوبلازما toxoplasma والإيدز.

الموجودات السريرية: قد تترافق الإصابات المزمنة والحادة معاً في الشخص المريض، يتألف الاندفاع من بقع حمامية وحطاطية حويصلية بلون أحمر ماثل إلى البني، تميل إلى التوضع في مجموعات على الجدع خاصة، وتكون صحة المريض جيدة عادة.

وفي الأطفال تتراجع الإصابات ذات الانتشار المحيطي على نحو أسرع من تراجع الإصابات ذات التوضع المركزي. وهناك شكل حاد شديد من النخالية الحادة (يدعى داء موشى هابرمان التقرحي النخري الحموي) يرافقه أعراض عامة شديدة، وقد يؤدي إلى الوفاة في المرضى المنهكين. يستمر الشكل الحاد عادة عدة أشهر ثم يتراجع إلى الشكل التقليدي (الشكل ٢٢).

## الحزاز السطح (النبسط) lichen planus:

جلاد حطاطي التهابي غير معدر، يتصف باندهاعات سريرية ونسجية مميزة ويترافق وحكة شديدة أحياناً، وفيما عدا الجلد قد تصاب الأغشية المخاطية الضموية والأظاهر وفروة الرأس.

يصيب نحو ١٪ من سكان العالم بأعمار وسطية ما بين ٢٠-٣٠ سنة.

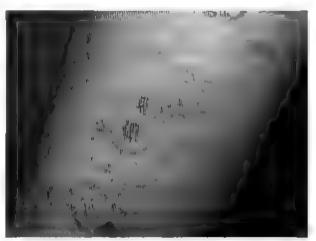


الشكل (٢٧) النخالية الحزازانية الحادة الحماقية الشكل لدى طفل

الأسباب: مجهولة وقد تكون استجابة مناعية تتواسطها الخلايا التاثية تجاه مستضد مجهول داخلي أو خارجي المنشأ (فيروسي أو دوائي)، وقد يرافقه أمراض ذات صلة مناعية ويشاهد في ٢١٪ من المصابين بالحزاز المسطح التهاب كبد فيروسي C.

#### الموجودات السريرية:

● التوضعات الجلدية: الوصف النموذجي للاندفاع هو حطاطة بنفسجية اللون عديدة الأضلاع لماعة تقيس المحاملة قد تكون معزولة بعضها عن بعض أو مجتمعة، وتُشاهد على سطح هذه الحطاطة خطوط شبكية بيض حليبية اللون دقيقة تدعى خطوط ويكهام Wickham (الشكل ٢٣). تتوضع هذه الحطاطات على نحو رئيس على الأوجه الانعطافية للساعدين ولاسيما منطقة المعصم وجوانب الجذع والناحية المعجزية والكاحلين والنواحي التناسلية وخاصة الحشفة عند الذكور، وعندما تُشفى هذه الحطاطات تُخلَف مكانها لوناً بنياً (فرط تصبغ ثانوي).



الشكل (٢٣) الحزاز المسطح - وتبدو على سطحه خطوط ويكهام

التوضعات الضموية: تبدو على باطن الخدين وعلى حواف اللسان والقسم الظاهر من الشفة والسيما السفلى، وتكون على شكل شبكة شجيرية حين تصيب باطن الخدين (الشكل ٢٤) والصوارين، وتأخذ شكلاً لويحياً أو ضمورياً حين تصيب اللسان.

التوضعات في النواحي التناسلية: تكون إصابة الناحية
 التناسلية عند الذكور - وتقدر ب ٢٠٪ من الحالات - على
 الحشفة، تأخذ فيها الحطاطات شكلاً حلقياً (الشكل ٢٥).

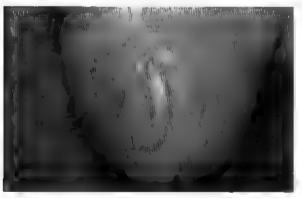
• إصابة الأظفار؛ تصاب الأظفار بنسبة ١٠٠٥ أو أعلى نسبة تكون لدى الأطفال، فقد يحدث انفكاك الأظفار نتيجة إصابة كامل مطرق الظفر، مما يؤدي إلى غياب الصفيحة الظفرية بكاملها، والظفر الغشائي مميز جداً للحزاز السطح (الشكل ٢٦).

ويتخرب مطرق الظفر بالالتهاب ويحدث مكانه تليف، وقد يكون الحزاز المسطح سبباً لضمور جميع الأظفار باليدين والقدمين ولاسيما في الأطفال، وتشفى هذه الإصابة تلقائياً.

الأعراض الشخصية: الحكة هي العرض الرئيس في الحزاز المسطح، وهي مختلفة من مريض إلى آخر بحسب نوع الاندفاع وتوزع الإصابة والانتشار، وأكثر ما تكون شديدة ومضنية في الشكل الضخامي، أما الأعراض الفموية



الشكل (٢٤) الحزار السطح - إصابة باطن الخد



الشكل (٢٥) الحرّاز السطح - توضع على الحشفة



الشكل (٢٦) الحزاز المسطح - إصابة أظهار اليد فتقتصر على الشعور بالحرقة في أثناء الطعام على نحو خاص.

#### الأنماط السريرية للحزاز السطح:

أ- الحزاز السعاح الضخامي. hypertrophic L.P. يصادف في معظم الحالات على الساقين وحول الكاحلين أو على الساعدين، وتكون الإصابة بشكل لويحة ثؤلولية مضرطة التقرن (الشكل ٧٧) مع جلب واضحة، والحكة عادةً شديدة ومعندة وتشاهد الحطاطات المسطحة في محيط الإصابة، والنظرة الأولى للإصابة توحي بالصداف، وهذه الإصابة مزمنة ومعندة بشدة على العلاج الموضعي وتترك بعد شفائها نبية مضرطة التصبغ أو ناقصة الصباغ.

ب- الحزاز المسطح الضموري :atrophic L.P. وتحدث فيه اندفاعات قليلة تتوضع على الأطراف السفلية، غالباً تترك مكانها بعد شفائها بقعاً ضمورية مصطبغة حدودها واضحة.
 ج- الحزاز السطح التقرحي- التآكلي erosive/ulcerative:

ج- بصور و المسلح الصور في المسلح المدادة المد

د- الحزاز السطح الجرابي .follicular L.P. يتألف من حطاطات جرابية متقرنة تجتمع أحياناً لتؤلف لويحات، يصيب النساء أكثر من الرجال، ويتوضع خاصة على فروة



الشكل (٧٧) الحزاز المسطح الضخامي - في أحد الأطراف

الرأس وحول الأظفار ويشكل حاصنات ندبية في الفروة.

ه- الحزاز السطح الحلقي :annular L.P. يؤلف ١٠ الله من الحالات، يصيب السود على نحو خاص، وفي الشكل السفعي المشاهد في المناطق المدارية المشمسة، يشاهد على المناطق المكشوفة، ويتوضع كذلك على القضيب والمغبن والإبطين، وتتألف الأفات الحلقية من حطاطات صغيرة، يشاهد في مركزها فرط تصبغ، وقد تجتمع لتشكل لويحة عديدة الحلقات.

و-الحزاز المسطح الخطي .linear L.P. هو شكل خطى قد يتطور على أنه ظاهرة كوبنر، يتوضع على الأطراف ونادراً الوجه، والاندفاعات حطاطية مع درجات من فرط التقرن وفرط التصبخ، ويجب تفريقه عن الحزاز المخطط.

ز- الحزاز السطح الحويصلي (الفقاعي) /vesicular: لا bullous L.P. اكثر ما يظهر على جذور الأطراف السفلية؛ أو نتيجة لتطور آفة حزازية في الفم .

ح- الحزاز المسطح السفعي :actinic L.P. معظم المرضى المصابين بهذا الشكل السريري يقيمون في المناطق قرب المدارية، ويتميز بلويحات مصطبغة قد تحاط بمنطقة ناقصة الصباغ (الشكل ٢٨).

ط- الحزاز السطح التصبغي :pigmentosus L.P: يصيب خاصة أصحاب البشرة الدكناء.

palm and ي- الحزاز السطح على الراحتين والأخمصين palm and ي- الحزاز السطح على الراحتين والأخمصين soles L.P. على القوس الأخمصية الباطنة، وتشاهد على اليد عقيدات أو حطاطات على الراحتين وجوانب الأصابع وتبدو كأشفان لها هالة حمامية التهابية، وهي تشبه الصداف والثأليل والأغزيمة مضرطة التقرن والإفرنجي الثانوي.

#### التشريح المرضى:

تتميز الصورة النسجية للحزاز السطح بظاهرتين:



الشكل (٢٨) الحرَّاز المنطح السقمي - أمام الأدن

- أذية الخلايا الكيراتينية القاعدية.
- رشاحة لمفاوية كثيفة في الأدمة العليا (الحليمية).

تبدو البشرة مفرطة التصنع قليلاً ذات استطالات مؤنفة تشبه أسنان المنشار، وتتخرب الطبقة القاعدية وتبدي تنكساً تميعياً، وفي الأدمة العليا يبدو ارتشاح خلوي كثيف بشكل شريطي مؤلف من لمفاويات تتخللها أجسام سيفات (أجسام غروانية colloid bodies).

تشاهد بالتألق الناعي المباشر رزم من IgM تحت البشرة متماشية مع أجسام سيفات.

#### العلاجه

يبدي علاج الحزاز السطح تحدياً حقيقياً للطبيب والريض على حد سواء.

فالخط الأول للعلاج؛ هو استخدام الستيروليدات الموضعية بشكل رهيمات قليلة النفوذية والمتوسطة، تطبق مرة أو مرتين يومياً مدة ٢ – ٣ أسابيع.

وفي الحالات الشديدة المحصورة ولاسيما في الحزاز المسطح الضخامي يُلجأ إلى استخدام الستيروئيدات الموضعية القوية تحت غطاء كتيم أو إلى حقن الستيروئيدات موضعياً.

الخط الثاني للعلاج: هو إعطاء الستيروليدات جهازياً بمقادير معتدلة حين انتشار الإصابة الواسع وحين تكون الحكة شديدة ومزعجة.

- وتعطى أيضاً مضادات الهيستامين وتفيد المركنة منها
   حين تعطى قبل النوم.
- والميترونيدازول بطريق الفم بمقدار ٥٠٠ ملغ/مرتين يومياً مدة شهر وسطياً بديالاً من الستيرونيدات.
- وإيزو تريتنوين بجرعة ١٠ ملغ/مرتين يومياً مدة شهر
   إلى شهرين.
  - و Acitretin ملغ/يومياً.
- المعالجة الضوئية فعالة في الحزاز المسطح وتتضمن PUVA + UVB ضيفة الحزمة.
- ويعطي بمعضهم المضادات الحيويمة مشل
   السلفاميتوكسازول + تريمثيوبريم.
  - أو الفريزيوقوتفين ٥٠٠ ملغ/يومياً.
- وتفيد مثبطات المناعة في الحالات الشديدة والمنتشرة مثل الأزاثيويرين.
- وفي الإصابات الفموية يفيد تطبيق الستيروليدات بشكل مستحضرات هلامية: أو الحقن ضمن الإصابة حين عدم الاستجابة للمعالجة الموضعية.
  - الجلادات الحطاطية الحزازانية الشكل:
- أ- الطفوح الحزازانية lichenoid eruptions: الطفوح الحزازانية أو الطفوح الشبيهة بالحزاز المسطح هي الدهاعات لتحدثها مجموعة من الأدوية وقد تظهر بعد عدة أشهر من تناولها، ومن هذه الأدوية:
  - الصادات: تتراسكلين- ستريتومايسين،
    - السلقون.
    - مضادات البرداء.
    - أملاح الذهب والبنسلامين.
      - المدنات.
        - مضادات التدرن.

وهناك طفوح حزازية الشكل تظهر بالشماس مع بعض المواد مثل مُطْلَهُرات الأفلام الملونة، أو تحدث في المناطق المعرضة للضياء.

ب- التهاب الجلد الحطاطي الفتوي Juvenile papular بب- التهاب الجلد الحطاطي الفتوي أو الطفوح الحزازانية بالاحتكاك هي حطاطات لها بريق حزازاني تصيب المرفقين ومفاصل اليدين والركبتين، وأكثر ما تصيب الأطفال الذكور بعمر ٢-١٧ سنة، وتصادف في الصيف خاصة وتُعزى

إلى الاحتكاك بالرمل أو التراب أو إلى أشعة الشمس. والإصابة أكثر حدوثاً عند الأطفال المتأتبين. الحكة عادة خفيفة أو غائبة.

ويكون العلاج بالوقاية واستخدام الرهيمات الستيروثيدية غير النفوذة موضعياً.

ج- الحزاز المخطعة lichen striatus: إصابة مجهولة السبب، يتظاهر بشكل خطي مؤلف من حطاطات حزازانية لا تحتوي خطوط ويكهام الموجودة في الحزاز السطح، ويكون بطول عدة سنتمترات (الشكل ٢٩) وأحياناً يأخذ امتداده كامل الطرف، وهو عادة غير متناظر يصيب أحد الساقين أو أحد الساعدين، وهو أكثر إصابة للإناث الصغار، الحكة غالبة أو خفيفة.

ه- التهاب جلد النهايات الحطاطي الطفحي الطفلي متلازمة جيالوتي- كروستي) acrodermatitis papulosa (متلازمة جيالوتي- كروستي) eruptiva infantilis (Gianotti- Crosti) متلازمة طفحية تصيب النهايات عند الأطفال، وعند ما وصفت الحالة الأولى من قبل جيانوتي عام ١٩٥٥ في إيطاليا كانت مترافقة مع التهاب الكبد B اللايرقاني، وأشارت الدراسات الحديثة إلى ترافقه وأخماجاً فيروسية وجرثومية متعددة، ففي الولايات المتحدة وجد أن أكثر الحالات كانت مترافقة مع حمى ابشتاين - بار Epstein- Barr.

الحدوث: أكثر ما يصيب الأطفال الصغار بعمر ٢-٢ سنوات، وفي كثير من الأحيان تشفى الإصابة تلقائياً من دون تشخيص، يصادف في الربيع والصيف، وقد يعود ذلك إلى كثرة الأخماج والاختلاط ما بين الناس.

الإمراض: يعتقد أن الآلية الإمراضية هي استجابة مناعية من النمط المتأخر لخمج فيروسي أو جرثومي، وإن لتوضع العقدات المناعية الجائلة في الدم في الجلد شأناً مهماً على الرغم من فشل كل الحاولات لإظهار الحمات

الراشحة أو الجراثيم.

#### السببات:

- التهاب الكبد B.
- العداوي بغيروس ابشتاين- بار.
  - عداوى الطرق التنفسية.
  - فيروس إيكو وكوكساكي.
  - شيروس نظيرة الأنفلونزا.
  - العقديات الحالة للدم A.
    - المطورة الرئوية.

سريرياً: تشاهد حطاطات حمر منتبجة متناظرة تظهر على هيئة هجمة واحدة، وهذه الاندفاعات حزازانية المظهر جزئياً، وغالباً ما تكون من دون حكة تذكر، وتصيب الوجنتين والأثبيين والأطراف (الشكل ٣٠). تستمر هذه الاندفاعات البام على الأقل حتى سنة أسابيع، المعاودة نادرة، الحكة بسيطة وتوجد في ٣٠٪ من الحالات. اما الأعراض الجهازية المرافقة فتعزى إلى الخمج المرافق، وتشمل ارتضاع الحرارة البسيط والتعب وأعراض التهاب البلعوم أو النزلة الوافدة، وهناك دراسة حديثة أجريت في إيطاليا أشارت إلى اصطفاء الإصابة للأطفال المعابين بتحسس تأتبي. إضافة إلى هذه السريري وهي ضخامة العقد اللمفاوية وتشاهد في نحو السريري وهي ضخامة العقد اللمفاوية وتشاهد في نحو السريري وهي ضخامة العقد اللمفاوية وتشاهد في نحو الحالات؛ إضافة إلى ضخامة كبد وطحال ٤٪ من الحالات.

#### التشخيص التفريقي، يشمل:

- التهاب الجلد التخريشي بالتماس.
  - الاندفاعات الدوائية.
    - الشرى الحطاطي.
  - النخالية الحزازانية.
    - الحزاز النقطي.



الشكل (٢٩) الحزاز التخطط - إصابة أحد الأطراف



الشكل (٣٠) التهاب جلد النهايات الحطاطي الطمحي (إصابة ناحية الوجه)

- لدغ الحشرات.
- الاندفاعات الضيائية عديدة الأشكال.

التشريح المرضي: تبدي البشرة وذمة سفاجية مع إشواك وتقران بؤري، أما الأدمة فتبدي التهاب الأوعية وارتشاح الخلايا اللمفاوية والناسجة.

المعالجة: طمأنة الأهل إلى أن الإصابة تتراجع دونما أثار جانبية، وتستخدم المركبات الموضعية التي تحتوي المانتول أو أكسيد الرنك على شكل رهيمات، ويجب تجنب استخدام المراهم الستيروئيدية، ويمكن إعطاء مضادات الهيستامين فموياً حين وجود الحكة، وتعطى أيضاً المضادات المعيوية حين وجود خمج بالعقديات.

#### رابعاً- الأحمريات:

الأحمرية erythroderma هي التهاب الجلد التوسفي المعمم، والأحمريات هي احمرارات جلدية التهابية عامة مع توسف يشمل الجلد كله أو ما يزيد على ٩٠٪ من مساحته. وتقسم الأحمريات إلى أحمريات مكتسبة وهي المعنيّ بها في هذا البحث، وإلى أحمريات وراثية وولادية تُرد في أبحاثها الخاصة كالأحمريات السماكية الولادية.

والأحمريات المُكتسبة أسبابها إما دوائية: وإما أن تكون ظاهرة لمرض جهازي "خبيث"، وإما أن تكون امتداداً وتعمماً لجلادات موجودة مسبقاً. وإما مجهولة السبب idiopathic.

#### وكانت تدعى بالأحمريات الأولية.

#### الإمراض:

تحدث الأعراض عادة بسبب التهاب الجلد المعمم وزيادة جريان الدم في الجلد وزيادة إطراح الحرارة وفقد البروتين من الجلد (عن طريق الوسوف).

#### التصنيفء

تسهيلاً للبحث يمكن تصنيف الأحمريات المكتسبة كالتالي:

- ١- أحمريات تائية لجلادات متعممة أهمها:
  - التهاب الجلد التأتبي.
    - الصداف،
  - ♦ التهاب الجلد الزهمي.
  - التهاب الجلد بالتماس.
  - التخالية الحمراء الشعرية.
    - الفقاع الورقي.
    - الجرب الترويجي.
      - الحزاز السطح.
    - التهاب جلد فطري.
- ٢- أحمريات تالية لإصابات داخلية أهمها:
  - اليضاض الدم.
  - لفوما هودجكن ولا هودجكن.
    - الفطار الفطرائي.
    - أحمرية سيزاري.
    - كارسينوما الرئة والقولون.
  - خمج بغيروس نقص الناعة الكتسب.
- ٣- أحمريات بأسباب دوالية: منها الأدوية التالية:

Bactrim

Codeine

Lansoprazole

Penicillin

Retinoids

Terbinafine

Quinidine

Allopurinol

Calcium channel blockers

Carbamazepine

Cimetidine

Gold

Lithium

Phenytoin



الشكل (٣١) أحمرية دواثية المنشأ

والقائمة تشمل نحو مئة دواء وأكثر (الشكل ٣١).

١- الأحمريات مجهولة السيب: وهي تؤلف نحو ٥-١٥٪ من الحالات، ولا يوجد فيها سبب من الأسباب المذكورة أنضاً، ومنها مايتطور إلى لمفوما الخلايا التائية T-cell lymphoma.
(شكل رقم ٣٣).

#### الموجودات السريرية:

غالباً ما تصيب الأعمار فوق ٤٠ سنة وتصيب الذكور أكثر من الإناث، وتتطور عادة ببطء، والحمامي هي العرض الأول والمهم ثم تظهر الوسوف، ويكون التوسف دقيقاً أو صفيحياً في بعض الحالات. والأعراض العامة هي القشعريرة والحكة التي قد تكون غير محتملة، والنز، وأحياناً الخمج وتشاهد الجلب السميكة في الفروة إضافة إلى التقران الشديد في الراحتين والأخمصين.

#### التبدلات الجهازية:

تفاعل العقد اللمفية، ضخامة الكبد والطحال، تسرع القلب، نقص ألبومين الدم وارتفاع IgE واضطراب شوارد الدم. والتبدلات التي التبدلات التي تصيب المحروة هي التبدلات التي تصيب المحروقين نفسها.

#### التشخيص:

تشخيص الأحمريات سريرياً سهل جداً، ويجب أخذ القصة الرضية وفحص الموجودات السريرية، كما يجب إجراء



الشكل (٣٢) أحمرية للقوما الخلايا الثائية

خرَعة جلدية واستقصاءات عامة كصورة الصدر الشعاعية والتصوير الطبقي المحوري والفحوص الدموية المنوائية والرحلان الكهربائي المناعي وأحياناً خزعة نقي العظام.

#### المالجة

المصاب بالأحمرية يجب أن يعالج في المستشفى لأنه بحاجة إلى عناية تمريضية مستمرة ومراقبة السوائل وعمل القلب والفحوص الدموية ومراقبة الشوارد، يوجه العلاج مباشرة إلى المرض المسبب الأساسي.

حين يكون السبب دوائياً أو تحسسياً تعطى الستيروئيدات الجهازية بمقادير عالية ٨٠-١٢٠ملغ/يومياً بريدنيزولون.

وتعطى مضادات الهيستامين داخلياً لتخفيف الحكة.

موضعياً؛ تستخدم دهونات الزنك على شكل معاجين أو رهيمات مرطبة، وتستخدم الستيرونيدات الموضعية غير النفوذة.

وتجرى الحمّامات بإضافة الزيوت أو المطريات، ويجب الحفاظ على درجة حرارة معتدلة، والسيطرة على الخمج الجرثومي الثانوي.

ويعطي تطبيق الماجين اللينة أو الدهنية أو الرهيمات شعوراً بالراحة ولاسيما بعد الاستحمام.

# أولاً- أمراض اتحلال البشرة الفقاعي:

اتحلال البشرة الفقاعي (أ. ب. ف) epidermolysis (قد الفقاعي (أ. ب. ف) bullosa (EB)

هو مجموعة من الأمراض الوراثية النادرة التي تتصف بظهور فقاعات غير التهابية نتيجة الرضوح الصغيرة أو الاحتكاك بسبب هشاشة الجلد، وقد تؤدي الفقاعات إلى حدوث ندبات أو أنها لا تؤدي إلى ذلك بحسب مستوى تشكل الفقاعة.

تقدر نسبة شيوع هذه الأمراض (EB) بـ ٥٠ حالة من كل مليون من المواليد في الولايات المتحدة. وهي تشخص بدقة بالمجهر الإلكتروني. ولا توجد لها معالجات نوعية: ثنا فإن الأمر يقتضي الوقاية من ظهور الفقاعات بتجنب الرضوح وفرك الجلد والحفاظ على جفافه ووقايته من الأخماج حين ظهور الفقاعات أو التسحجات.

#### التصنيف:

تصنف مجموعة أمراض (أ. ب) ضمن ثلاث مجموعات بحسب مستوى الفقاعة:

- (أ. ب) البسيط وداخل البشرة intraepidermal.
- (أ. ب) الموصلي junctional: وتقع الفقاعة فيه في

مستوى الموصل البشروي الأدمي.

 (۱. ب) الحثلي dystrophic: وتكون الفقاعة فيه تحت بشروية أو أدمية.

ويقدران نحو ٩٢٪ من حالات أ. ببسيطة وه٪ من الحالات حثلية و١٪ موصلية. وتصنف تلك المجموعات وفق الجدول (١).

وقد تصاب الأغشية المخاطية في سياق بعض أشكال المرض، أو تصاب بعض الأعضاء الداخلية كالمريء والحنجرة ولاسيما في الأشكال الحتلية، وقد تؤدي الأشكال الموصلية إلى الوفاة، أو تشاهد إصابات عينية شديدة في الأشكال الحتلية. وقد تتداخل الموجودات السريرية والنسيجية؛ مما يجعل وضع تشخيص دقيق لنمط (أب) صعباً يتطلب دراسة جينية أو دراسة بالمجهر الإلكتروني مع التألق المناعي لتحديد مستوى الفقاعة ونمط المعطب الحاصل (ألياف الإرساء في الموصل البشروي الأدمي، أو جسيمات الموصل بين المخلايا المقرفة البشروية).

#### ١- انحلال البشرة الفقاعي البسيط (البشروي):

تنتقل معظم أشكال (أ. ب) البسيط بطريقة جسدية سائدة؛ إذ تحدث طفرة في جين الكيراتين ٥ أو الكيراتين ١٤



الشكل (١) انحلال البشرة الفقاعي البسيط العمام

EB Intraepidermal	أ. ب داخل البشرة
EB simplex, generalized (Koebner)	(آ. ب) البسيط المعمم (كوبتر)
EB simplex, localized (Weber - Cockayne)	أ، ب البسيط، الموضع (ويبر - كوكاين)
EB herpetiformis (Dowling - Meara)	أ. ب حلتي الشكل (دولينغ – مييرا)
EB simplex (Ogna)	أ. ب البسيط (أوغنا)
EB simplex with mottled pigmentation	ا، ب البسيط مع تبقع صباغي
EB with muscular dystrophy	أ. ب البسيط مع حثل عضلي
Junctional (Intralamina Lucida)	الموصلي (ضمن الصنيحة الصافية)
(JEB) atrophicans generalisata grains (Herlitz, EB letalis)	انحلال البشرة الموصلي الضموري المعمم الحبيبي (هيرليز - أب المعيت)
JEB atrophicans generalisata mitis	انحلال البشرة الموصلي (أ . ب. م) الضموري المعمم السوسي
JEB atrophicans localisata	ا. ب. م الضموري الموضع
JEB atrophicans inverse	أ، ب، م الضموري المقلوب
JEB progressive	أ ـ ب، م المترقي
JEB with pyloric atresia	أ. ب. م المترافق برتق بوابي
Generalized atrophic benign EB (GABEB)	انحلال البشرة المعمم الضموري السليم
Cicatricial Junctional EB	انحلال البشرة الموصلي الندبي
Dermolytic or dystrophic (sublamina densa)	انحلال الجلد الحثلي (تحت الصفيحة الكثيفة)
1- Dominant forms:	١- الأشكال السائدة
Dystrophic EB hyperplastic variant (Cockayne - Touraine)	أ. ب الحثلي مضرط التنسج نوع (تورين - كوكاين)
Dystrophic EB albopapuloid variant (Pascini)	انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الحطاطاني الأبيض نوع (باسيني)
Bart syndrome	متلازمة بارت
Transient bullous dermolysis of newborn	انحلال الجلد الفقاعي العابر في حديثي الولادة
Acrokeratotic polkiloderma (Weary - Kindler)	تبكل جلد نهايات الأطراف التقراني (ويري - كندلر)
2. Recessive polkiloderma forms:	٧- أشكال تبكل الجلد الصاغرة
Generalized (grains or mitis)	العمم (حبيبي أو سوسي)
Localized	الموضع
Inverse	المقلوب
الجدول (۱)	

الموجودين على نحو رئيسي ضمن الطبقة القاعدية للبشرة. ويؤدي عطب ألياف الكيراتين إلى هشاشة البشرة وحدوث فقاعات ضمن بشروية تندمل، ولا تؤدي إلى ندبات. وعموماً لا تصاب الأغشية المخاطية ولا الأظفار في الشكل البسيط، وتحدث الإصابة حين الولادة أو بعدها.

أ- (أ. ب) المسيط المعمم لكويتن يتظاهر بحويصلات وفقاعات ودخينات milia على المفاصل واليدين والمرفقين والركبتين والقدمين، وقد تظهر الاندفاعات في مواقع أخرى معرضة للرض. يحدث المرض حين الولادة أو بعدها بقليل. وهو يسوء صيفاً، ويتحسن شتاءً؛ لأن رطوبة الجلد تزيد في هشاشته. كما تكون علامة نيكولسكي سلبية (علامة نيكولسكي البينة (علامة نيكولسكي البينة (علامة على الجلد أو انتشار الفقاعة محيطياً بضغطها)، ولا تصاب على الجلد أو انتشار الفقاعة محيطياً بضغطها)، ولا تصاب

ب- (1. ب) البسيط الموضع: هو اندفاعات فقاعية ناكسة على البدين والقدمين (ويبر- كوكاين)، وهو خفيف ومزمن، يظهر بالشي المديد في مواقع رض الحذاء، وتشفى الفقاعات من دون ندبات.

ج- (أ- ب) الحلئي الشكل: تظهر الآفات بشكل حلئي، تبدأ في الرضيع، وقد تظهر دخينات، ولا تحدث ندبات. كما تحدث الإصابة في مخاطية الفم وحثل الأظفار. ويصادف فرط تقرن راحي أخمصي، وتتحسن الحالة مع تقدم العمر.

 د- (أ. ب) البسيط الأوغنا Ogna: تكون الفقاعات فيه معممة، وقد تكون نزفية، وتحدث بعد الولادة فقاعات صغيرة في مواقع الرضوض.

ه- (أ. ب) البسيط مع تبقع مرقط: وهو شكل بسيط من
 أ. ب ترافقه بقع مفرطة التصبغ أو ناقصة التصبغ مرقطة خلقية، تبهت مع الوقت.

و-(أ.ب) البسيط مع حثل عضلي: يرافق الشكل البسيط من أ. ب بدء متأخر لمرض عضلي عصبي يؤدي إلى حثل عضلي وضمور مترق في مرحلة الطفولة أو مرحلة أكثر تأخراً. تبدأ الاندفاعات الفقاعية منذ الولادة، وتكون منتشرة مع ندبات ودخينات وضمور وحثل أظفار وشنوذات سنية وإصابة حنجرة وإحليل.

#### ٧- الحلال البشرة الفقاعي الموصلي (أ. ب. م):

تنتقل كل أشكاله بطريقة جسدية مقهورة، وتكون الفقاعة في مستوى الوصل البشروي الأدمي (في الصنفيحة الصافية)، تبدأ الأفة غالباً منذ الولادة، وتكون شديدة؛ والفقاعات معممة يؤدى انفجارها إلى تقرحات صعية

الشفاء، وتصاب الأسنان بالحثل، كما تصادف آفات في الحنجرة والقصبات قد تقدي إلى الوفاة، وقد تصاب القصبات أو المريء، ويموت معظم المرضى في الطفولة الباكرة، وتؤدي الطفرات المسببة إلى عطب بعض أنواع الكولاجين (وفق النوع) في الوصل البشروي الأدمي.

أ- (أ.ب) الموصلي لهرائق هو شكل شديد معمم قد يوجد منذ الولادة، وقد يؤدي إلى الوفاة، تكون الفقاعات معممة، وتغيب تسبياً على اليدين مع نسيج حبيبومي وصفي حول الفم والأنف، تشفى الأفات عادةً دون ندبات أو دخينات، كما تشفى التقرحات ببطء، ومن الشائع حدوث عسرة تصنع الأسنان، وقد تصاب الحنجرة والقصبات والعين والمهبل، وقد يؤدي إلى الوفاة،

ب- (أ. ب. م) مع الرتق اليوابي: نادر، وتظهر فيه منت الولادة فقاعات معممة شديدة جلدية مخاطية تؤدي إلى نبات مع انسداد معدي.

ج- الحلال البشرة الفقاعي العمم الضموري السليم: وهو شكل شديد يبدأ منذ الولادة بظهور فقاعات معممة في الجلد والأغشية الخاطية، تؤدي إلى الضمور كما يصادف حثل الأظفار أو غيابها، وظهرت في بعض حالاتها لاحقاً سرطانات شائكة الخلاما.

#### ٣- الأشكال الانحلالية الفقاعية الأدمية أو الحثلية:

تكون سائدة أو مقهورة، والفقاعة هنا تحت بشروية، وتختلف شدتها اختلافاً كبيراً باختلاف أنماط هذه الأشكال. يحدث المرض بسبب طفرة في جين اCOL7A الذي يشفر الكولاجين VII والذي يشكل ألياف الإرساء التي تلتصق في الموصل البشروي الأدمى من جهة الأدمة.

أ- الحالال المسترة الفقاعي الحثلي السائد، تظهر فيه فقاعات على السطوح الانبساطية للأطراف كما تظهر تلقائيا أفات حطاطية ندبية بلون اللحم على الجدع، وقد تشخن الأظفار، وتكون علامة نيكولسكي إيجابية، تشفى الأفات مع ندبات وضمور كما تظهر دخينات على الأذنين وظهر اليدين، وتصاب الأغشية المخاطية، وقد يصاب الحريء والحنجرة، تكون الأسنان طبيعية؛ وكذلك العين، ويشاهد حثل الأظفار مع حاصة يغيب فيها شعر الجسم، وتحدث تقضعات بالأصابع، فتصبح مخلبية الشكل، وتضمر عظامها، وقد تلتحم الأصابع، فتصبح مخلبية الشكل، وتضمر عظامها، وقد تلتحم الأصابع، نمعة باسيني (الشكل لا). وللأفة نمطان؛ نمعة باسيني اPasini، وهو الأخف.

متلازمة بارت .Bart syn: هي شكل من أ. ب الحثليبة



الشكل (٢) انحلال البشرة الفقاعي الحثلي السائد

السائدة مع غياب الجلد الخلقي aplasia cutis وتشوهات عظمية خلقية في الأطراف السفلية (الشكل ٣).

انحلال البشرة الفقاعي العابر في حديثي الولادة: يتظاهر بفقاعات حويصلية مئذ الولادة تتحرض بالفرك. يشفى تلقائياً خلال أشهر، ولا يحدث ندبات.

ويتصف تبكل جلد الأطراف التقراني بتبكل جلد خلقي

مع فقاعات رضية على البدين والقدمين وحساسية ضيائية. وذكر وجود حزم تصليبية في الجلد تؤدي إلى اختناقات الأصابع (ورم ليفي كاذب).

ب- انحلال البشرة الفقاعي الحثلي المقهور: هناك ثلاثة أنواع من أ، ب الحثلي المقهور وهي: المعمم والموضع والمقلوب. أما المعمم فإما أن يكون خفيفاً وإما شديداً، وكلاهما ينجم



الشكل (٣) متلازمة بارت

عن طفرات في الجين المشفر للكولاجين VII (شأن باقي الأشكال الحثلية). تراوح شدة الشقاعات بين الحالات الخفيفة الموضعة على البدين والقدمين والمرفقين والركبتين، والحالات الشديدة التي تبدأ منذ الولادة، وتكون طفوحاتها معممة ترافقها إصابة الأغشية المخاطية، وتلتحم الأصابع، كما تحدث مضاعفات سنية وتأخر النمو وفقر الدم ومضاعفات قلبية وداء نشواني جهازي مميت. تظهر سرطانة شائكة الخلايا في ۵۰٪ من الحالات بعمر ۳۵ سنة، وتؤدي الى انتقالات تنتهى بالوفاة.

#### المالحة

يقتضي في تدبير جميع أشكال انحلال البشرة الفقاعي تجنب الرضوض والفرك وسحج الجلد؛ ولاسيما في الأطراف والإبقاء على الجلد جافاً وارتداء الألبسة القطنية والأحذية المريحة والواسعة.

ومن المهم تجنب الأخماج في أماكن الفقاعات والتسحجات، ويمكن ثقب الفقاعات المتوترة برأس محقن عقيم وإفراغ محتوياتها وتطبيق الصادات، كما يمكن تطبيق الشاش المطلي بالصادات على التسحجات أو كريمات الصادات مع الضمادات المناسبة.

ومن الضروري الاهتمام بتغنية المريض المصاب؛ إذ يؤدي نزّ الفقاعات إلى نقص البروتينات واضطراب الشوارد والسوائل في الحالات المنتشرة. كما أن إصابة الأغشية المخاطبة تعوق التغذية الفموية؛ مما يؤثر في نمو المريض ومقدرته على التصدي للأخماج، ومن المهم تعويض الفيتامينات والمعادن ولاسيما الزنك؛ إضافة إلى إعاضة الحديد حين إصابة المريض بفقر الدم الناجم عن عوز الحديد.

يمكن إجراء طعوم جلدية للسيطرة على التقرحات المزمنة غير الشافية؛ وذلك بإجراء طعوم ذاتية أو بطريقة زرع الخلايا المقرنة.

اتحلال البشرة الفقاعي المكتسب epidermalysis bullosa acquista:

مرض نادر فقاعي تحت بشروي مناهي ذاتي، تتشكل فيه أضداد مضادة للكولاجين ٧، وهو المركب الرئيسي لألياف الإرساء في الموصل البشروي الأدمي، يتظاهر بفقاعات في مواقع الرضوح بما يشبه انحلال البشرة الفقاعي الحثلي أو أنه يشبه الفقاعاني الفقاعي أو الفقاعاني التدبي، والمرض مزمن ومعند على العلاج.

وقد وضعت ممايير لتشخيص الرض تضمنت:

١- أفأت سريرية لانحلال البشرة الفقاعي الحثلي تشمل زيادة

هشاشة الجلد، وفقاعات محرضة بالرض مع تقرحات وندبات ضمورية ودخينات فوق السطوح الانبساطية وضمور أظفار.

٢- البدء في سن الكهولة.

٣- غياب قصة سريرية لانحلال بشرة فقاعي.

 4- نفي أمراض فقاعية مشابهة مثل البورفيريا الجلدية الأجلة والفقاعائي الفقاعي والتهاب الجلد الحلئي الشكل والطفوح الدوائية الفقاعية.

#### ثم أضيفت معايير أخرى للتشخيص:

وجود أضداد IgG في الغشاء القاعدي بالتألق المناعي
 المباشر.

٦- فقاعة تحت الطبقة القاعدية.

قد يترافق المرض والعديد من الأمراض الجهازية مثل النقيوم والتهاب القولون الحبيبومي والداء السكري واللمفومات وابيضاضات الدم والسرطانات.

تسيجياً، يشاهد فقاعة تحت بشروية مع رجحان المتدلات اكثر من الحمضات، ويشاهد بالتألق المباعي المباشر اكثر من الحمضات، ويشاهد بالتألق المباعي المباشر DIF (Direct Immune Fluorescence) ولا توضيع DIF (في حين يكون توضع IgG على الناحية الأدمية من الفقاعي في الجهة البشروية أو في الناحيتين المفاعاتي الفقاعي في الجهة البشروية أو في الناحية بعالماً). وتوجد أضداد جائلة مضادة للفشاء القاعدي بالتألق المناعي غير المباشر III في نصف الحالات، وعموماً فإن تفريق انحلال البشرة الفقاعي المكتسب عن الفقاعاتي الفقاعي يكون بالطرق التألقية المناعية وبالجهر الإلكتروني المناعي، ومع أن الناب الحمامي الجهازي الفقاعي له المظاهر التألقية سريرياً بوجود هشاشة الجلد والتوضع في أماكن الرضوح والشفاء المخلف لندبات ودخينات في حين يستجيب الناب الحمامي الجهازي الفقاعي على نحو ممتاز للدابسون.

المرض معند على العلاج عادةً، وقد يساعد على السيطرة عليه استعمال الستبروئيدات الجهازية المتشاركة مع مثبطات المناعة مثل الأزاثيوبرين azathioprine أو السيكلوفوسفاميد ويقد يضيد الكولشيسين في بعض الحالات؛ إذ إنه يعد الخيار الأول، كما ذكرت فائدة الدابسون وأملاح الذهب والسيكلوسبورين، ويمكن تدبير بعض الحالات بمشاركة الستبروئيدات الجهازية والدابسون.

ثانياً- الجلادات الفقاعية التزمنة dermatosis:

هي مجموعة من الجلادات غير الوراشية تحدث بسبب مناعي ذاتي، ويختلف مستوى توضع الفقاعة الجلدي

بحسب نوع الجلاد، ويؤكد تشخيص هذه الجلادات بالتألق المناعى المباشر.

#### ۱- الفقاع pemphigus:

تعني كلمة pemphix (مصدر كلمة pemphix) باليونانية القديمة فقاعة buble أو نفطة blister. وأدواء الفقاع مجموعة من الأمراض المناعية الناتية التي تصيب الجلد والأغشية الخاطية، وتتميز بظهور فقاعات ضمن البشرة تعزى لانحلال الارتباط بين الخلايا المقرنة، كما تتميز أيضاً بتشكل أضداد IgG ضد أجزاء من سطح الخلايا المقرنة التي ترتبط بها إضافة إلى وجود أضداد جائلة بالدم.

يقسم الفقاع 1. فقاع شائع، وفقاع ورقي، وفقاع مواكب للخباثات.

#### أ- الفقاع الشائع (PV) الفقاع الشائع

يصيب الفقاع الشائع الجنسين بالتساوي، ويغلب حدوثه في العقد الخامس أو السادس كما يلاحظ كثرة إصابته اليهود، وهو أكثر شيوعاً في منطقة حوض البحر المتوسط. وعموماً فإن الفقاع الشائع يصادف بنسية 6, -- 1, - حالة من كل ١٠٠٠٠ شخص سنوياً. ويمكن أن يترافق ويعض الزمر المسحدة DOS أو DOS.

الإمراضية: يحدث المرض نتيجة حدوث أضداد مضادة لبروتينات طبيعية تدخل في تركيب الجسيمات الرابطة desmosomes للخلايا المقرنة وتدعى هذه البروتينات

ديسموغلين desmogleme؛ مما يؤدي إلى ضعف الترابط بين الخلايا المقرنة البشروية.

والديسموغلين هي جزيئات لصق بين الخلايا توجد هي جسيمات الوصل، وتوفر قوة جسور الريط بين الخلايا. Dsgl وهناك شلائة أنماط لها، هي، ديسموغلين الخلايا. وهناك شلائة أنماط لها، هي، ديسموغلين النمط وديسموغلين التهاء ويوجد النمط الثاني في كل جسيمات الريط في جميع الأنسجة، في حين ينحصر وجود الأول والثالث في الظهاريات الوسفية بما فيها البشرة. وتكون الأضداد في PV موجهة لـ Dsgl وSgl؛ مما يتفق والإصابة الجلدية المخاطية، أما إذا كانت الأضداد يتفق والإصابة الجلدية المخاطية هي المسيطرة. وتكون من نوع أيا الأفات المخاطية هي المسيطرة. البشرة) وتكون من نوع 1gGl و1gGl و1gGl والمناعة الخلوية شأن في الالتهاب الحاصل في المنطقة، كما تتوضع C3 في المناطق منحلة الأشواك.

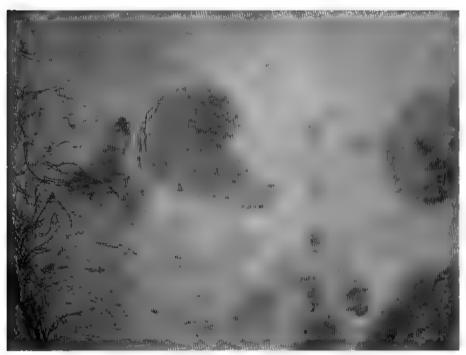
سريرياً، تبدأ ١٠٪ من حالات الفقاع الشائع في الفم بشكل تقرحات أو تسحجات مبيضة مؤلة (الشكل ٤) ويصاب الحنك الرخو كما قد تصاب كل مناطق جوف الفم. وبعد أسابيع أو أشهر تبدأ الإصابة الجلدية، وقد تبدأ الإصابة الجلدية والفموية معاً. الفقاعات مترهلة (رخوة) غير حاكة بأقطار مختلفة على قاعدة حمامية أو غير حمامية، وهي سهلة التمزق تؤدي إلى سحجات نازة مزمنة، ميلها نحو الشفاء



الشكل (٤) فقاع شائع في الفم (على حافة اللسان).



الشكل (٥) فقاع شائع يبدي فقاعات رخوة سهلة التمزق.



الشكل (١) فقاع شائع، وتبدو في منتصف الصورة علامة نيكولسكي إيجابية (انتشار الشقاعة محيطياً لدى ضغطها برفق).

بطيء (الشكل ٥)، وتبدي بعد الشفاء فرط تصبغ إلا أنها لا تترك ندبات. كما تتوضع الفقاعات، أو التسحجات (وهو المظهر المسيطر عادة) على الفروة والمغبن والوجه والعنق والإبطين والنطقة التناسلية والجدع أو أي منطقة أخرى. وتكون علامة نيكولسكي (انتشار الفقاعة محيطياً بضغطها)

إيجابية (الشكل ٦). وقد تصاب الحنجرة، وتؤدي إلى بحة، أو يصاب البلعوم أو المريء؛ مما يؤدي إلى صعوبة البلع، وقد يصاب المهبل والملتحمة. كما تتجلب الشفاه، وتتشقق، ويشكو المريض من رائحة فم كريهة بسبب إصابته بهذه الأفات، وتكون الحالة العامة سيئة، وتحرض الحالة بالتعرض للشمس.



الشكل (٧) فقاع شائع ومنتشر ومتسحّج كما في الحروق.

وقد يشتد المرض، ويؤدي إلى الوفاة التي تحدث بسبب اضطراب الشوارد والسوائل من جراء السحجات المنتشرة (كما في الحروق، الشكل ٧) أو بسبب الأخماج، كما قد تحدث الوفاة بسبب مضاعفات العلاج بالستيروئيدات ومثبطات المناعة.

#### التشخيص

تسيجياً، يظهر الفحص النسيجي بالمجهر العادي تشكل فقاعة ضمن البشرة، وتبدي الخلايا المقرنة فيها انحلال الأشواك، أما الخلايا منحلة الأشواك؛ فتبدو مدورة، ولا تظهر جسور بين خلوية، ويؤكد التشخيص بالتألق المناعي المباشر (DIF) الذي يظهر توضع IgG بين الخلايا المقرنة فوق الطبقة القاعدية، كما يمكن مشاهدة C3 في منطقة توضع IgG.

المعالجة: تعد الستيرونيدات الجهازية العلاج الأساسي للفقاع الشائع، ويعطى البردنيزون prednisone بجرعة أولية مقدارها الملغ/كغ يومياً. وتتطلب السيطرة على الرض عدة أسابيع، ثم تخفض الجرعة بالتدريج مع الحفاظ على جرعة دنيا كافية لضبط المرض. وقد يتطلب العلاج جرعة أكبر من لا ملغ/كغ يومياً؛ مما يسرع الاستجابة للعلاج في بعض الحالات مع ما يتطلبه ذلك من الحدر.

ومن الشائع مشاركة الستيرونيدات بمثبطات المناعة للحصول على استجابة أسرع ولخفض الجرع المطلوبة من الستيرونيدات والخروج منها على نحو أسرع، ولعل

azathioprine هو الدواء الأكثر شيوعاً من مثبطات المناعة، وهو يعطى بجرعة ٢-٤ملغ/كغ باليوم (١٠٠-، ٣٠ملغ باليوم). ويمكن المشاركة مع السيكلوفوسفاميد cyclophosphamide الذي يعطى بجرعة ١-٣٠ملغ/كغ باليوم (٥٠-، ٣٠ملغ باليوم). كما ذكرت فوائد المعالجة باليوم cyclosporine و cyclosporine. وذكرت فائدة المعالجة التبيضانية بالستيروئيدات مع مثبطات المناعة (أي إعطاؤها بمقادير عالية بفواصل زمنية قصيرة) مع ما تحتاج إليه هذه الطريقة من خبرات خاصة.

ومن المهم إعطاء الصادات المناسبة للسيطرة على الأخماج الثانوية المرافقة، وكذلك من المهم تحسين حالة المريض العامة وتدبير المضاعفات حين حدوثها ومراقبة التأثيرات الحانبية للأدوية.

وتفيد في الحالات الموضعة الستيروئيدات الموضعية، كما تعطى المطهرات أو الصادات الموضعية لتدبير الأخماج.

الفقاع التنبتي pemphigus vegetans: هو حالة خاصة من الفقاع الشائع، يتظاهر بشكل لويحة لحمية تنبتية في الثنيات (الشكل ٨). يبدأ الفقاع التنبتي بشكل فقاعات مترهلة، ثم تصبح متآكلة، وتظهر تنبتات لحمية أو تكاثر حليمومي تتوضع في الإبطان والمغبنين أو على الفروة، ويمكن أن يُظهر اللسان تلافيف بشكل المخ.

يظهر الفحص النسيجي فرط تصنع بشروي كاذب كما



الشكل (٨) الفقاع الثنبتي

قد تشاهد خراجات مجهرية بالحمضات ضمن البشرة. وعموماً فإن إمراضية الفقاع التنبتي وموجوداته المخبرية هي كما في الفقاع الشائع.

يبجب تضريق المرض عن الحبيبوم الإربي granuloma inguinale واللقمومات اللاطئة والمؤنفة.

### ب- الفقاع الورقي (PF) pemphigus foliaceus

غالباً ما يحدث الفقاع الورقي بعمر ١٠-٥٠ سنة، يبدو فيه انحلال الأشوالك في أعلى البشرة؛ ولاسيما في الطبقة الحبيبية بسبب تشكل أضداد من نوع IgG ضد الديسموغلينا Dsgl، وهو يتظاهر بشكل فقاعات صغيرة الديسموغلينا تفجر بسهولة لتؤدي إلى تقرحات سطحية على قاعدة حمامية متجلبة ومتقشرة (الشكل ٩). كما قد تظهر فقاعات رقيقة سليمة جانب التسحجات المتقشرة والمتجلبة. وتكون علامة نيكولسكي إيجابية. قد يعاني المريض من حس الحرق أو الحكة. كما قد يكون المظهر مشابها لالتهاب الجلد الحلئي الشكل. وتتوضع الأفات في المواقع المثية، إذ تصاب الفروة والوجه وأعلى الجذع. ويسير المرض سيراً مزمناً، وغالباً ما يكون موضعاً مع حالة عامة جيدة، ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية. وقد يشرقي المرض

نسيجياً، يشاهد انحلال الأشواك في أعلى البشرة (عادة في الطبقة المتقرنة في الطبقة المتقرنة عما تحتها، ويظهر التألق المناعي المباشر (DIF) توضع لون الخلايا المقرنة أعلى البشرة كما يمكن كشف أضداد جائلة

بالتألق المناعي غير المباشر IIF.

يعالج الفقاع الورقي كمعالجة الفقاع الشائع إلا أنه يحتاج



الشكل (٩) الفقاع الورقي

إلى جرع أقل من الستيروليدات الجهازية التي يمكن مشاركتها مع مثبطات الناعة مثل azathioprine.

ج- الفقاع المحرض بالأدوية الفقاع في المستعدين، ويمكن لبعض تحرض بعض الأدوية الفقاع في المستعدين، ويمكن لبعض الأدوية أن تحدث فقاعاً حتى من دون استعداد. ويعد البنسيلامين benicillamine الدواء الأول المسجل في إحداث الفقاع، وقد سجل الفقاع الورقي في ٥٪ من المرضى المتناولين للبنسيلامين بجرعة ٥٠٠- ٢٠٠٠ ملغ. كما سجل حدوث الفقاع مع تناول الكابتوبريل captopril.

وقد تؤدي بعض الأدوية الأخرى لفقاع شائع أو فقاع ورقي ومن الأدوية المسبهة؛ enalapril ، enalapril ، ومن الأدوية المسبهة؛ rifamipicin ، و11-12 ، علماً أن نسبة المحدث بالأدوية يظهرون الفقاع المحدث بالأدوية يظهرون أفات فموية، وتشفى معظم الحالات بوقف الدواء المسبب، وقد يستمر الفقاع حتى بعد وقف الدواء المسبب،

د – الفقاع المعتوطان endemic pemphigus (fogo) selvagem

هو شكل من الفقاع يستوطن المناطق المدارية مثل البرازيل وكولومييا والبيرو: ولاسيما في المناطق الريضية والأدغال، ويتميز بأن نسبة ١٥٪ من الحالات تكون عائلية، وقد افترضت عوامل خمجية منتقلة تاجمة عن لسع الحشرات في إحداثه كما افترض أن تلك العوامل تحرض المرض بطريقة التقليد الستضدى.

المطاهر المناعية والنسيجية لهذا الداء مماثلة للضفاع الورقى (تتشكل أضداد له Dsgl).

سريرياً، تظهر فقاعات مترهلة تصبح أكزيمائية الشكل أو صدافية الشكل أو مثية المظهر؛ مما يقلد الفقاع الورقي أو الفقاع الحمامي. وقد تصاب منطقة وسط الوجه، وقد ترافقها آفات تؤلولية، يصيب المرض الشباب والأطفال عادة، ولا تصاب الأغشية المخاطية في سياقه، وتكون علامة نيكولسكي إيجابية.

هـ- الشقاع الحسامي Senear-Usher syndrome):

هو شكل موضع من الفقاع الورقي، وقد اصطلح على تسميته الفقاع الحمامي للدلالة على المظاهر المناعية للدأب الحمامي والفقاع. فاختبار شريط الدأب إيجابي في ٨٠٪ من المرضى والأضداد المضادة للنوى ANA موجودة بمعايير منخفضة في ٣٠٪ عن المرضى، كما تبدو في المصابين أضداد مضادة لـ BP230 و periplakin و periplakin و

يتظاهر المرض بلطخ حمامية متقشرة ومتجلبة على منطقة الوجنتين وحول الأنف والمناطق المثية؛ إذ تصادف الطفوح في الفروة وأعلى الظهر والصدر، وقد تصادف فقاعات على قاعدة حمامية.

تسيجياً يشبه موجودات الفقاع الورقي، ويظهر التألق المناعي المباشر DIF توضع IgG والمتممة بين الخلايا المقرنة، كما تتوضع في الموصل البشروي الأدمي بشكل حبيبي ومتواصل كما في الذاب الحمامي.

يستجيب المرضى لجرع منخفضة من الستيروئيدات الجهازية كما تفيد الستيروئيدات الموضعية والواقيات الشمسية، وتفيد أيضاً مثبطات المناعة في الحالات الشديدة.

و- الفقاع المُزمن الأسري السليم benign familial chronic . pemphigus:

ويسمى داء هيلي هيلي Hailey Hailey disease. وهو مرض فقاعي وراثي نادر ينتقل بصفة جسدية سائدة، ويتميز بفقاعات داخل بشروية وحطاطات ثؤلولية وتقرحات ناكسة غالباً ما تتوضع في الثنيات. يحدث المرض بسبب اضطراب في آلية مضحة الكلسيوم بسبب وراثي موضع على الصبغي (3q21).

يبدأ المرض غالباً في مرحلة الشباب، ويسوء صيضاً، ويتوضع على المناطق التي يحدث فيها المنح intertrigo وعلى خلف العنق والمناطق المعرضة للفرك والرطوبة والتعطن (الإبط والمغبن)، ويحدد الألم حركة المنطقة المصابة، وقد تشارك الأخماج بالعنقوديات والمبيضات البيض، ويكون لها شأن في إمراضه.

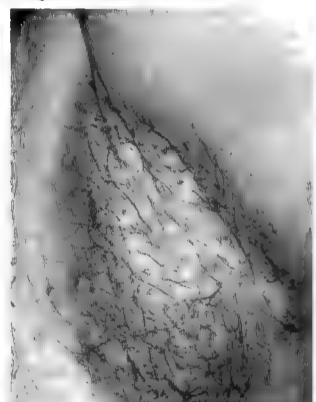
يتظاهر المرض بشكل لويحة معطنة عليها تشققات شبكية تتجلب وتتسمك وتحاط بحواف التهابية ممضة، ونادراً ما تشاهد فقاعات، قد تبدأ الهجمة بظهور حويصلات حاكة على منطقة حمامية أو غير التهابية، تجتمع بشكل حلقي أو ساعي، ثم لا تلبث أن تنفجر الحويصلات سريعاً؛ لتشكل سطوحاً حمامية متجلبة متشققة. تمتد الأفة نحو المحيط، وقد تظهر حويصلات محيطية (الشكل ١٠). وقد تصبح الأفات تنبتية أو ثؤلولية. ويحمل المرضى مخاطر انتشار الحلا البسيط ومخاطر التهاب الجلد التماسي الأليرجيائي.

تسيجياً؛ يشاهد انحلال أشواك كامل الثخانة يشبه ما يشاهد في داء دارييه أو داء كروفر.

المعالجة: من المهم تجنب الشمس وتجنب الرطوبة والاحتكاك في المناطق المرضة للإصابة، تعالج الأفات خارج



الشكل (١٠- أ) الفقاع المزمن الأسري السليم (داء هيلي هيلي)



الشكل (١٠- ب) الفقاع المُزمَّنُ الأسري السليم (ناحية الإبط للمريض نفسه).

الثنيات بالصادات الضموية (الاريشرومايسين أو دي كلوكساسيلين أو التتراسيكلينات أو السيفالوسبورين) كما تطبق الستيروئيدات الموضعية المتوسطة.

وتعالج الأفات المذحية بإعطاء التتراسيكلينات وتطبيق الصادات ومضادات الخمائر، ويمكن تطبيق كمادات مطهرة مثل نترات الفضة، كما يمكن تطبيق الستيروئيدات الموضعية لاحقاً، وذكرت فائدة التاكروليموس. أما في الحالات الشديدة فتعطى الستيروئيدات الجهازية، وذكرت فائدة الدابسون والسيكلوسيورين والميتوتركسات. وفي الحالات المعندة يمكن استئصال المنطقة المصابة مع نقل الطعوم أو سنفرة المنطقة أو تبخيرها بليزر .CO.

# ز- جلاد انحلال الأشواك العابر transient acantholytic:

يسمى داء غروفر Grover's Disease، مرض يشاهد في الرجال غالباً في العقد الخامس أو السادس. يتظاهر بحطاطات متجلبة حمامية غير جريبية وحطاطات حويصلية، ويتفاقم بالحرارة والتعرق والشمس.

وصف كروفر المرض عام ١٩٧٠، ويقيت إمراضية الداء مجهولة، لكن يتهم الإشعاع الشمسي في إحداثه وكذلك العلاج الشعاعي والتعرق والحرارة والجفاف، وكثيراً ما يصاب المرضى التأتبيون به. يتظاهر المرض بحطاطات مدورة منفصلة وحطاطات حويصلية متجلبة حاكة بشدة. وغالباً ما تتوضع الأفات أعلى الجذع ووسطه كما قد تصاب الأجزاء الدانية للأطراف. وقد يشفى تلقائياً بعد أسابيع أو أشهر، لكنه قد يسير سيراً مزمناً ناكساً يستمر عدة سنوات.

تسيجياً؛ يشاهد انحلال أشواك بؤري وعسرة تقرن مع

شق وتشكل حويصلي ضمن البشرة. أما في المراحل المتقدمة فتميز لا أنماط نسيجية، ما يشبه داء دارييه، ما يشبه داء هيلي هيلي، ما يشبه الفقاع الشائع أو الورقي، التشكل السفاجي spongiotic مع انحلال الأشواك. يكون التألق المناعي المباشر DIF سلبياً، أو تكون نتيجته غير وصفية. ويفرق سريرياً من الدخنيات العرقية ولدغ الحشرات والجرب والفقاع الورقي وداء دارييه والتهاب الجلد حلئي الشكل.

المُعالَّجة؛ من المُهم تجنب الشمس والتعرق وفرك الجلد، وتفيد الستيروثيدات المُوضعية التي تطبق بوصفها مرحلة أولى للعلاج.

ويمكن تطبيق (calcipotriol أو مثبطات الكالسينيورين ليمكن تطبيق (tacrolimus )، وقد تخفض مسضدات الهيستامين الحكة. تعطى في الحالات الالتهابية الحادة الستيروئيدات الجهازية، لكن الأفة تنكس بعد توقف العلاج، وذكر كذلك فعل الرتينوئيدات الجهازية الجيد في معالجته.

خ- الفقاعات في السكريين bullae in diabetic persons قد تظهر مجموعة من الفقاعات في الرضى السكريين فجأة. تتوضع على القدمين والأطراف السفلية، كما أنها غالباً ما تظهر ليلاً ومن دون سوابق رضية. يكون الألم خفيفاً. وقد سجل وجود الفقاعة في مستويات مختلفة (بشروية أو تحت بشروية)، تظهر الفقاعات على قاعدة غير التهابية، وغالباً ما تكون عديدة ومتوترة وباقطار مختلفة (عدة وعالباً ما تكون عديدة ومتوترة وباقطار مختلفة (عدة

سنتيمترات). تنفجر الفقاعات خلال أسبوع تاركة تقرحات غير مؤلمة تغطيها جلب عائقة. يتطلب الشفاء عدة أسابيع، وقد تنكس، ولا توجد مظاهر مناعية، ويبقى الإمراض مجهولاً، وقد يكون لنقص التروية شأن في ذلك.

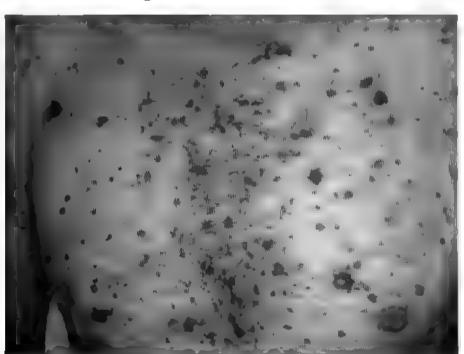
تعالج بالكمادات المطهرة أو برهيمات الصادات.

طُ الفقاع الرافق للخباثات paraneoplastic pemphigus (PP):

وصف الفقاع المرافق للخباثات عام ١٩٩٠ في خمسة مرضى مصابين بسرطانات، وأظهروا تقرحات فموية وطفوحاً جلدية عديدة الأشكال وفقاعات على الجذع والأطراف.

يتظاهر المرض سريرياً بما يشبه متلازمة ستيفن جونسون والفقاع الشائع، إذ تظهر تقرحات فموية وتجلب الشفاه، وتظهر على الجلد طفوح بقعية حمامية وطفوح حزازانية وحمامي عديدة الأشكال وفقاعات مترهلة (الشكل ١١)، إضافة إلى إصابة الراحتين والأخمصين بطفوح عديدة الأشكال مما يميز الحالة عن الفقاع الشائع.

نسيجياً يظهر اتحلال الأشواك وفقاعة فوق الطبقة القاعدية وخلايا مقرنة عسيرة التقرن وتغيرات حرازانية وتنخر خلوي. ويظهر التألق المناعي المباشر توضع IgG أو C3 أو كلاهما في الغشاء القاعدي بشكل خطي أو حبيبي، تشاهد أنواع مختلفة من الأورام الخبثية في هؤلاء المرضى



الشكل (١١) الفقاع الرافق للخباثات، طفوح حمامية وفقاعات مترهلة

مثل داء هودجكن أو اللمفوما أو الأبيضاض اللمفي المزمن وورم كاستلمان والأغران. يعالج المرضى بالستيروئيدات ومثبطات المناعة، وذكرت فائدة تنقية البلازما وtituximab كما أن علاج الورم يؤدي إلى تحسين الوضع الجلدي.

۲- الأمراض الفقاعانية pemphigoid diseases:
 هي أمراض مناعية فقاعية تحت بشروية، وتشمل:
 ۱- الفقاعاتي الفقاعي (BP) bullous pemphigoid):

هو أكثر مرض فقاعي تحت البشروي شيوعاً، وهو مناعي ذاتي نادر وسليم نسبياً، وغالباً ما يصيب الكهول بعد ٦٠ سنة من العمر مع ذكر حالات وجدت في الأطفال، ولا يشيع

المرض في بعض الأعراق، وذكرت كذلك بعض الأدوية المحرضة للمرض، منها البنسيلامين. كما ذكر ترافق المرض والداء السكري والتهاب المفاصل الرثواني والتهاب الجلد والعضلات والتهاب القولون التقرحي والوهن العضلي الوخيم.

والمرض مزمن يراوح بين نكس وهجوع، لكنه محدد لذاته خلال ٢٠٠٥ سنوات، ويستمر في الأطفال مدة سنة.

الإمراض؛ تحدث أضداد ذاتية مضادة لمستضيدات الفقاعاني الفقاعي في الغشاء القاعدي بوزن جزيئي مقداره ١٨٠ كيلودالتون (BP180KD) أو كولاجين نمط XVII، وهي



الشكل (١٣ - أ) الداء الفقاعاني الفقاعي- فقاعات وحويصلات منتشرة



الشكل (١٣ - ب) الداء الفقاعاني الفقاعي: فقاعات وحويصلات على لويحات حمامية

غليكوبروتينات غشائية الأنصاف جسيمات وصل الخلايا القاعدية.

وكذلك تتشكل أضداد مضادة لمستضدات الفقاعاني الفقاعاني الفقاعي بوزن جزيئي ۲۳۰ كيلودالتون (BP230KD)، وهي مركّبات خلوية. والأضداد من نمط IgG، وتشاهد في الأنسجة، وتوجد بشكل جائل.

سريرياً: يبدأ المرض بمنطقة محددة حمامية أو بلويحات شروية حاكة (يمكن أن يشخص المرض في البداية على أنه شرى)، والحكة متوسطة إلى شديدة، ثم تظهر فقاعات وحويصالات على اللويحات الحمامية، ويصبح الطفح معمماً (الشكل ١٧)، وغالباً ما يتوضع أسفل البطن والمغبن والسطوح الانقباضية للدراعين والساقين كما تصاب الراحتان والأخمصان. وفقاعات هذا المرض متوترة ومتضرقة أو والأخمصان في أماكن بقطر ١-٧سم، ولا يؤدي ضغط الفقاعة ألى انتشارها محيطياً (سلبية علامة نيكولسكي). تنضجر الفقاعة خلال أسبوع مؤدية إلى تسحجات تعيل إلى الشفاء التلقائي. وقد يحدث المرض على مواقع معالجة شعاعياً أو على حروق أو لويحات صدافية. كما قد يحدث في مواقع الله ضدي

إصابة الأغشية المخاطبة خفيفة وعابرة، وتصادف في ٢٤٪ من الحالات. سجلت حالات حويصلية من المرض، كما سجلت حالات تظاهر فيها المرض بشكل حطاطات وعقيدات على الضروة والأطراف تذكر بالحكاك المقيدي (الفقاعاني

العقيدي). وسجلت حالات تنبتية؛ علماً أن الرض قد يتظاهر بشكل أحمرية ومن دون فقاعات. كما شوهدت عند مرضى الحزاز المسطح طفوح فقاعية تشبه الفقاعاني الفقاعي، وتسمى هذه الحالة الحزاز المسطح الفقاعاني.

نسيجياً: تظهر فقاعة تحت بشروية وارتشاح أدمي سطحي يحوي الحَمِضات مع سيطرة المعتدلات. أما التألق المناعي المياشر DIF و IgA و (ونادراً PA و IgA) و (ونادراً PA و IgA) و (المياشرة الناعر). وهو مظهر مشابه بشكل حزم في منطقة الغشاء القاعدي. وهو مظهر مشابه لما هو مشاهد في انحلال البشرة الشقاعي المكتسب والفقاعاني الندبي والحال البشرة الشقاعي المكتسب المناعي غير المباشر IIF مهم الإكمال التقييم. ويظهر IIF المهم الحالات، ويمكن كشف الأضداد الجائلة في معظم الحالات، ويمكن كشف الأضداد الجائلة باختبار ELISA أيضاً.

يعالج الداء بجرع متوسطة من الستيروئيدات الجهازية، ويعطى البردنيزون بجرعة ١٠-٥٠ ملغ يومياً، وبعد غياب الأفات تخفض الجرعة لأقل مقدار يضبط الحالة، ويمكن في الحالات المعممة إضافة مشيطات المناعة مثل: في الحالات المعممة إضافة مشيطات المناعة مثل: وحتى المشاركة بدريرونياً أو حتى المشاركة بدريرونياً وحتى المسلفانيريدين.

# ب- الفقاعاتي النببي cicatricial pemphigoid:

mucous يسمى أيضاً فقاعاني الأغشية المخاطية membrane pemphigoid وهو مرض فقاعي تحت بشروي

مزمن يميل إلى إصابة الأغشية الخاطية مخلفاً بعده تدبات، وهو يصيب النساء أكثر من الرجال بعمر فوق ٤٠ سنة، وقد يؤدي إلى العمى في حال الإصابة العينية. تتشكل أضداد لمستضدات الغشاء القاعدي، منها مستضدات الفقاعاني الفقاعي ١٨٠ (BP180KD) والكولاجين ١٧ (XVII).

سريرياً، غالباً ما يصيب المرض جوف الفم (في نحو ٩٠» من الحالات). تبقى آفات الفم بمفردها لسنوات، وتتصف بتعاقب النفاطات في الفم، وتؤدي بسرعة إلى تأكلات وتسحجات المخاطية وحمامى منتشرة وتسلخ بالضغط (من حامل قطني مثلاً)، ويصاب

الحنك واللثة واللسان واللوزتان، ولاحقاً تصاب العين، وتصبح حمراء مع ظهور حويصلات على الملتحمة تجف فيما بعد، وتظهر المتصاقات ليفية وشتور وكثافات قرنية، وتؤدي الالتصاقات إلى تضيق فتحة العين ثم التصاق الأجفان، ويحدث التندب في البلعوم والمريء والحنجرة والمخاطبة الشرجية التناسلية، ويتضيق المريء.

تشاهد الأفات الجلدية في نحو ٢٥٪ من الحالات، وتتصف بفقاعات متوترة بما يشبه الفقاعاني الفقاعي، تتوضع على الوجه والفروة والمنطقة المغبنية والأطراف. وقد تحدث آفات معممة. ولا تتأثر الحالة العامة عادةً.



الشكل (١٣ - أ) الحلاَّ الحملي



الشكل (١٣- ب)الحلاً الحملي للمريضة نفسها وتبدي طفحات شروية وحويصلات منتشرة

نسيجياً؛ تشبه الحالة الفقاعاني الفقاعي إضافة إلى وجود التليف والتندب أعلى الأدمة، ويحدث الانفصال تحت الصفيحة الكثيفة في الموصل البشروي الأدمي، يظهر التألق المناعي الباشر توضع IgG و C3 في الصفيحة الرائقة في المناعي الباشر توضع IgA أحياناً، وكذلك تتوضع الأضداد في الغشاء القاعدي للغدد المخاطية، أما الأضداد المائلة المكتشفة بالتألق المناعي غير المباشر؛ فتكون إيجابية في ٢٠٪ من الحالات.

يعتمد العلاج على شدة المرض وانتشاره، تعالم الحالات الخفيفة بالستيروئيدات الموضعية القوية مع إجراء مضمضات بشراب التتراسيكلين، ومن المهم الانتباه للرعاية الفموية والنظافة. أما في الحالات غير المستجيبة؛ فيعطى الدابسون ٥٠-٥١ملغ باليوم. وتستجيب الإصابة العينية المترقية للسيكلوفوسفاميد cyclophosphamid -٢ملغ/كغ باليوم بمفرده أو بالمشاركة مع الستيروئيدات الجهازية، ويمكن العطاؤهما بشكل نابض، كما سجلت فائدة الـ azathioprine المعارفة عادةً، علماً بأن الستيروئيدات الجهازية بمفردها ليست كافية عادةً، فهي أقل فعالية في الأفات المخاطية؛ لهذا تشارك مع مثبطات المناعة. ويمكن اللجوء إلى الجراحة في الندبات المعيقة.

ج- الحالاً الحملي herpes gestation:

ويسمى الفقاعاني الحملي pemphigoid gestation، وهو مرض مناعى ذاتى فقاعى حاك يصيب الحوامل، ويحدث

بنسبة ١ من ٥٠ الف حالة حمل، وهناك أهبة وراثية للمرض؛ إذ إن ٩٠٪ من المرضى فيهم الزمرة النسيجية ،DR4. DR4.

تتشكل أضداد من نوع IgG مضادة لمستضدات BP180 في الصفيحة الرائقة lamina lucida للغشاء القاعدي، وللعوامل المرونية شأن في إمراض الحلاً الحملي.

سريرياً: بيدا المرض في الثلث الثاني للحمل، لكنه حين يحدث في حمل ما يتكرر في الحمول اللاحقة، وتصبح أعراضه أشد، يتظاهر بطفوح شروية وحطاطات حول السرة والبطن والجذع والأطراف، ولا يصاب الوجه والفروة والغشاء المخاطي، وتظهر حويصلات وفقاعات على لويحات حمامية، وقد تصادف آفات حلقية أو عديدة الحلقات. وتكون الفقاعات متوترة، وتنفجر لتخلف تقرحات صعبة الشفاء، لكنها تشفى من دون ندبات وتخلف فرط تصبغ (الشكل١٢). يحدث الشفاء التلقائي بعد شهر إلى ٣ أشهر من الولادة (في ٥٠٪ من الصالات)، وقد تنكس الأفة بدرجة خفيفة في أثناء الطمث التالي بعد الولادة أو حين استخدام مانعات الحمل الفموية التالي بعد الولادة أو حين استخدام مانعات الحمل الفموية الوزن، وتظهر في ٥٠٠٪ منهم طفوح شروية وفقاعات تشفى الوزن، وتظهر في ٥٠٠٪ منهم طفوح شروية وفقاعات تشفى

لسيجياً؛ يظهر الفحص النسيجي مظاهر الفقاعاني

الفقاعي، وتشاهد فقاعة تحت بشروية مع ارتشاح أدمي بالحمضات والمعتدلات، كما يشاهد في الأفات الشروية ارتشاح حمضات مبطئة إلى الوصل البشروي الأدمي إضافة إلى وجود جسيمات سيفات civatte.

ويظهر التألق المناعي المباشر DIF توضع C, بشكل خطي في الموصل البشروي الأدمي في كل المريضات وتوضع IgG في ٢٥٪-١٤٪ منهن أما التألق المناعي غير المباشر IIF؛ فيظهر أضداد IgG المضادة للغشاء القاعدي في ٢٥٪ من المريضات. يفرق المرض من الحطاطات واللويحات الشروية الحاكة الحملية، ويفرق من الحمامي عديدة الأشكال ومن الطفوح الدوائية والجرب الفقاعي.

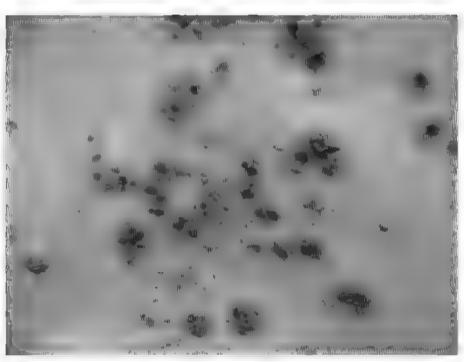
تستجيب الحالات الخفيفة المنادات الهيستامين الجهازية من الجيل الأول مع تطبيق الستيروليدات الموضعية. أما في الحالات الأشد فتعطى الستيروليدات الجهازية (بردنيزون هر -- املخ/كغ باليوم)، كما ذكرت فائدة الاريشرومايسين بجرعة الغيوميا المدة السبوعين أو أكثر، وذكرت كذلك فائدة شيتامين بالبجرع عالية.

ه- التهاب الجلد الحلثي Duhring disease وهو مرض مرّمن ويسمى داء دورينغ Duhring disease وهو مرض مرّمن حويصلي حاك نادر يصيب النساء والرجال بنسبة واحدة، ويحدث بنسبة ١٠٠ من كل ١٠٠ ألف شخص سنوياً. يبدأ الرض بعمر ٢٠٠٠ سنة، ونادراً ما يصيب الأطفال، وهناك

ترافق مع الزمرة النسيجية HLA-B8 (في ٦٠٪ من الحالات)، وغالباً ما يرتبط باعتلال الأمعاء بالتحسس للغلوتين تحت السريري.

الإمراض: تحدث عادة اضداد من نوع IgA للترانس غلوتاميناز النسيجي TTG): tissue transglutaminase النسيجي TTG)، وكذلك توجه الأضداد ضد endomysium للخلايا العضلية الملس (توجد بشكل جائل في ٧٠٪ من المرضى). ويتوضع IgA في الأدمة الحليمية بشكل بؤري؛ وذلك لاحتواء الأدمة على الترانس غلوتاميناز، ويتحرض المرض بتناول الحبوب المحتوية على الغلوتين، وكذلك يحرض اليود الفموي حدوثه وتناول السمك لاحتوائه على اليود، ونادراً ما تحرضه الأدوية. ويؤدي اختبار الرقعة باستخدام اليود إلى ظهور فقاعة في المرضى،

سريرياً: يبدأ المرض بين العقد الثاني والخامس. ونادراً ما يظهر في الأطفال وفي الأفارقة والأسبويين، ويتخلهر بحطاطات حاكة تليها حويصلات قد توحي في البداية أنها لسع حشرات أو جرب. لكن المرض يبدو بعد ذلك بشكله النموذجي بظهور حطاطات شروية حارقة وحويصلات متفرقة أو بشكل مجموعات تشبه الحلا (ومنه جاءت التسمية)، ونادراً ما تشاهد الفقاعات. ولما كان المرض حاكا بشدة فكثيراً ما تشاهد حطاطات متسحجة منتشرة. تتوضع بطي نحو متناظر على المرفقين والركبتين والفروة والرقبة والكتفين والألية (الشكل ١٤).



الشكل (١٤) التهاب الجلد الحلئي: أ- حطاطات متسحجة وحويصلات متجمعة



الشكل (١٤) التهاب الجلد الحلثي:ب - حطاطات متسحجة وبقع مصطبغة وحويصلات

وقد تكون الطفوح معممة. وقد تشاهد آفات فرفرية خطية على السطح الباطن للأصابع والأخمصين؛ إضافة إلى بقع مصطبغة آسفل العجز (فرط تصبغ تال للأفات) ونادراً ما تصاب الأغشية المخاطية.

غالباً ما يبقى المرض سنوات، والعلاج لا يغير مسيره، ويهجع في نحو ثلث المرضي هجوعاً دائماً، في حين تحدث في الغالبية هجوعات قصيرة، وقد تتحرض الهجمات في فترات الطمث في النساء أو بتناول الغلوتين (وهو بروتين يوجد في كل الحبوب تقريباً ماعدا الرز والنرة). وتزداد أمراض الدرق في المصابين بهذه الأفة كما يزداد احتمال حدوث خباثات داخلية؛ ولاسيما لمفوم الأمعاء الدقيقة. وتظهر في ٧٠-٨٪ من المرضى اضطرابات في مخاطية المائم، معظمها لاعرضي، وحين يتناول المرضى الفلوتين بكمية كبيرة تظهر فيهم أعراض يصعب تفريقها من الداء الزلاقي. ويصيب التهاب الجلد الحلثي هذا نحو ٥٠٪ من المسابين بالداء الزلاقي. وتغيد الحمية الخالية من الغلوتين في ضبط المرض وفي تخفيض الجرع الدوائية اللازمة.

تسيجياً، تظهر الحطاطات شقاً تحت البشروي وخراجات مجهرية بالمتدلات وبعض الحمضات في الحليمات الأدمية مما يشبه الجلاد المخطي IgA، ويظهر التألق المناعي توضع IgA بمضرده أو مع C، بشكل حبيبي في الموصل البشروي الأدمي، كما يكون التوضع واضحاً في الحليمات الأدمية، ونادراً ما تتوضع IgA بالترافق مع IgA، أما التألق

المناعي غير المباشر فنادراً ما يكون إيجابياً.

المالجة: يعد الدابسون دواء نوعياً لعلاج التهاب الجلد الحلثي، والاستجابة له سريعة ومفاجئة، وهو يعطى بجرعة مصدم ٢٠٠٠ ملخ يومياً، ويمكن البدء بجرعة خفيضة ترفع تدريجياً وفق الاستجابة، وتخفض الجرعة لاحقاً لأقل مقدار يضبط الحالة، ومن المهم معايرة GGPD قبل البدء بالعلاج بالدابسون؛ لأن عوزه يؤدي إلى فقر دم انحلالي. وقد يؤدي الدابسون إلى نقص البيض وارتفاع الميثيوغلوبين بالدم الحببات أو اعتلال الأعصاب المحببات أو اعتلال

يجرى تحليل دم عام (CBC) أسبوعياً في الشهر الأول ثم مرتبن في الشهر لدة ٣ أشهر ثم مرة كل ٣ أشهر. كما تجرى معايرة الخمائر الكبدية مرتبن في الشهر في الأشهر الأربعة الأولى ثم كل ٤ أشهر، ويمكن معائجة هذا المرض بكل من السلفابيريدين sulfapyridin ه، • غ ٤ مرات باليوم أو السلفاسالازين sulfasalazine • • هملغ ٣ مرات باليوم، ويمكن زيادة المقادير الدوائية السابقة وفق التحمل. وقد تفيد التراسيكلينات أو الكولشسين، وتساعد الحمية الخالية من الغلوتين على السيطرة على المرض كما أنها قد تقلل احتمال حدوث خباثة أمعاء،

هـ- الجلاد الفقاعي الخطي IgA linear IgA bullous dermatosis:

يسمى في الأطفال المرض الفقاعي المرَّمـن في الأطفال

chronic bullous disease of childhood وهو مرض مناعي ذاتي فقاعي حويصلي مكتسب يشبه التهاب الجلد الحلئي أو الفقاعاني الفقاعي، ويُظهرُ المرض أضداد IgA ضد مستضدات 97KD في الصفيحة الرائقة للموصل البشروي الأدمى و IgA و IgA ضد مستضدات OgA و

المظهر السريري مختلف، فقد يتظاهر بفقاعات متوترة تشبه الفقاعاني الفقاعي أو باندفاعات حويصلية فقاعية تتوضع بشكل حلتي على قاعدة حمامية أو على قاعدة سليمة. وقد تظهر في المرضى لويحات حلقية، ويتظاهر في غيرهم بأفات مبعثرة منتشرة، المرض حاك عموماً (الشكل ١٥).

يصاب الغشاء المخاطي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تبدو في بعض الحالات مظاهر الفقاعاني الندبي مشتركة وأفات فموية وأنفية وبلعومية ومريئية، ويصعب تمييز المرض من الفقاعاني التدبي في إصابة العين.

لا يترافق هذا المرض واعتلال الأمعاء عادة، وهو يميل إلى الهجوع في نحو ٦٠٪ من الحالات. وقد ذكرت بعض الأدوية المحرضة للمرض مثل: .carbamazipin وتترافق بعض حالاته وخباثات.

أما في الأطفال فيبدأ بعمر ٥ سنوات تقريباً، ويهجع بعمر ١٣ سنة، ويتظاهر بفقاعات متوترة على قاعدة حمامية أو



الشكل (١٥) الجُلاد الفقاعي الخطي، اندفاعات حويصلية متوترة وفقاعية منتشرة



الشكل (١٦) الجلاد الفقاعي الخطي، لويحات فقاعية حلقية (عقد اللؤلؤ)

طبيعية، ويصيب أسفل الجذع والأليتين والمنطقة التناسلية والفخذ، ومن الشائع مصادفة الافات حول الفم والفروة، ويصاب الفم في ٧٥٪ من الحالات، وقد تنتظم الفقاعات بشكل حلقي (عقد اللؤلؤ) وتكون الحكة شديدة (الشكل ١٦). نسيجياً: تشاهد فقاعة تحت بشروية وخراجات مجهرية أدمية حليمية بالعدلات، وقد تشاهد الحمضات، وتحوي الفقاعات عدلات أيضاً. يُظهر التألق المناعي المباشر توضع المهاولة المناعي المباشر توضع أيضاً ولكن لا يشاهد توضع المرد. أما التألق المناعي غير الباشر فيظهر الها جائلة في المصل في عدد قليل من المرضى. المهائجة: يعطى الدابسون كما في التهاب الجلد الحلئي، ويمكن إشراكه والستيروئيدات الموضعية أو الستيروئيدات الجهازية بمفردها. الجهازية. ويمكن إعطاء الستيروئيدات الجهازية بمفردها. كما قد تفيد التشراسيكلينات والميكوفينولات موفتيل.

ثالثاً- الجلادات البثرية:

۱- الجالد البشري تحت الطبقة المتقرنة (SPD) subcorneal pustular dermatosis:

ميرض منزمين تنادر وتناكس، وصيف مستدون Sneddon وويلكنسيون Wilkinson عام ١٩٥٦، وسمي باسمهما، يصيب النساء أكثر من الرجال، وغالباً ما يحدث بعد عمر ٤٠ سنة. سبب المرض مجهول، ولم يعثر على مسبب جرثومي، وقد

وجد توضع IgA ضمن البشرة كما وجدت أضداد جائلة الستضد desmogleme I. ووجد ترافقه وتقيح الجلد المواتي والتهاب القولون القرحى وداء كراون.

سريرياً: يتظاهر المرض ببثرات منفصلة أو حويصلات سرعان ما تتحول إلى بثرات تظهر ضمن مجموعات خلال ساعات على جلد طبيعي أو حمامي قليلاً. وقد تبدو فيه أحياناً سوية قيحية: إذ يمتلئ نصف العنصر الأسفل قيحاً، وقد تجتمع البثرات أو تبدو بأشكال حلقية أو أشكال غريبة زاحفة، وتجف البثرات بعد أيام أو تنفجر مخلفة جلباً تذكر بالقوباء (الشكل/۱۷)، ثم تظهر في المحيط طفوح جديدة تختفي فيما بعد لتظهر طفوح جديدة أخرى، ولا يتلو الشفاء ضمور أو تندب، وقد يتلوه فرط تصبغ. تتصف الصفوح بأنها متناظرة تتوضع على الإبطين والمغن والبطن وتحت الثديين، ونادراً ما تشاهد على الوجه أو الراحتين والأخمصين، ولا تصاب الفروة ولا الأغشية المخاطية، ونادراً ما تكون الطفوح حاكة أو حارقة. ولا توجد أعراض عامة أو تغيرات مخبرية.

نسيجياً، تشاهد بثرات تحت الطبقة المتقرنة مملوءة بعديدات النوى، ونادراً بحمضات، ولا يشاهد انحلال الأشواك، وقد تشاهد خلايا منحلة الأشواك في الأفات المقديمة. ويشاهد ارتشاح حول الأوعية بالمعتدلات في الأدمة. يظهر التألق المتاعى المباشر DIF توضع IgA ضمن البشرة



الشكل (١٧) الجلاد البثري تحت الطبقة المتقرنة

### في بعض الحالات.

يتضمن التشخيص التفريقي القوباء والتهاب الجلد الحلثي الشكل والفقاع الورقي والبثار المعمم الحاد والصدف البثري.

المعالجة، يعد الدابسون دواء نوعياً لـ SPD، ويعطى بجرعة وهماملغ يومياً؛ مما يؤدي إلى هجوع كامل، وفي حين تتطلب المعالجة أشهراً في بعض المرضى تتطلب سنوات في أخريين. كما يضيد sulfapyridine (١-٣غ يومياً)، أما الستيروثيدات الجهازية فهي أقل فائدة كما سجلت فوائد المعالجة بالكولشيسين أو السيكلوسبورين في بعض المرضى.

# (AGEP) acute البشار الطقمي المسم العباد :generalized exanthematous pustulosis

هو تفاعل دوائي حموي حاد يتظاهر بطفوح بثرية غير جريبية منتشرة على قاعدة حمامية، بنجم نحو ٩٠٪ من حالاته عن الأدوية، ونادراً ما ينجم بسبب شيروسي، وقد وجد ترافقه وAGFP وDR11 وغائباً ما يكون المريض قد تناول سابقاً الدواء المسبب.

سريرياً: يتظاهر المرض بحمى عالية غالباً، ما تبدأ مع ظهور الطفح، وقد تسبق الحمى الطفح أو تتلوه. تبدأ الطفوح على الوجه أو الثنيات، ثم تنتشر خلال ساعات،

وتظهر بشكل بثرات غير جريبية عقيمة على قاعدة حمامية وذمية، وقد ترافقها حويصلات أو فقاعات، وقد تصاب الأغشية المخاطية، وتفضل الطفوح الشنيات والجذع والأطراف العلوية. تكون الفترة بين تناول الدواء المسبب وظهور الطفح قصيرة عادة (أقل من يومين غالباً)، وتدوم الطفوح أسبوعاً إلى أسبوعين، ثم تزول تاركة توسفاً.

ترتفع المعتدلات والحمضات في سياق المرض، وتشاهد نسيجياً بثرة سفاجية أعلى البشرة تحت الطبقة المتقرنة ووذمة أعلى الأدمة وارتشاح بالمعتدلات حول الأوعية.

يمرق المرض من الصداف البثري الحاد ومن SPD.

من الأدوية المسببة للمرض مركبات الزئبق والبيتالاكتام (البنسيلينات) والماكروليدات والسيفالوسبورينات.

الملاج: باستبعاد الدواء المسبب وإعطاء خافضات الحرارة وقد تفيد الستيروئيدات الموضعية.

eosinophilic التهاب الأجرية البشري بالحمضات pustular folliculitis

وصفه Ofugi عام ١٩٧٠، وهو يصيب الذكور أكثر من الإناث به مرات، وغائباً ما يحدث في العقد الثالث. يتظاهر المرض بهجمات من طفوح حطاطية بثرية جريبية حاكة تتوضع غالباً على الوجه والجذع والأطراف، وقد تجتمع الطفوح بشكل مجموعات تتسع بالمحيط، وغالباً ما يسير هذا الالتهاب سيراً مزمناً.

تسيجياً: يتميز المرض بارتشاح الحمضات في البشرة والأدمة، وقد تعتزج بوحيدات النوى. أظهرت بعض الدراسات أضداداً صند مكونات بين خلوية وأضداد IgG وIgM جائلة ضد سيتوبلاسما الخلايا القاعدية البشروية لغمد الشعرة الخارجي. أما إمراضية المرض فلا تزال غامضة. يفرق المرض من التهاب الأجرية الشعرية بالحمضات المرافق للإيدز.

قد تفيد في المعالجة مضادات الالتهاب غير الستيروثيدية والدابسون والستيروثيدات الموضعية.

البثار الراحي الأخمصي pustulosis of the palms and soles.

جلاد بثري مزمن ناكس يصيب الراحتين والأخمصين فقط، ويعد شكلاً موضعاً من الصداف البثري. أما مصطلح الطفحة الجرثومية البشرية pustular bactrid : فقد أطلقه اندروز، وعُداً مرضاً مستقلاً إلا أنه في الحقيقة بشار راحي أخمصي أو صداف بثري موضعي. وتصاب النساء بهذا المرض أكثر مما يصاب الرجال، وغالباً ما يحدث بعمر ٢٠-٢٠ سنة.

سبب المرض مجهول، وقد يرافقه صداف في أي منطقة من الجسم. يتظاهر ببشرات تظهر بشكل هجمات خلال ساعات على جلد سليم، وقد تحاط البشرة بهالة حمامية تتوضع على الراحتين والأخمصين (الشكل ١٨) وقد تمتد لظهر الأصابع والقدم وياطن الرسغ، وحين تصبح البشرة قديمة تصفر وتغمق وتسقط كقشرة خلال أيام. وقد تظهر



الشكل (١٨ - ١) البثار الراحي الأخمصي : بثور في راحة اليد وباطن الأصابع



الشكل (١٨ – ب) البثار الراحي الأخمصي : بثور متفرقة في حواف القدمين وفي الأخمصين

حكة خفيفة أو حرق حين ظهور الطفح إلا أنه لا توجد أعراض عامة كما في الصداف البثري المعمم. قد يحرض المرض بالبؤر الخمجية أو بالضغوط النفسية. وقد يتظاهر ضمن متلازمة سافو Sapho syndrome. (التهاب أوتار synovitis وعبد عصم معمود ويتبار osteitis).

يعالج البثار الراحي الأخمصي بالستيروئيدات الموضعية القوية أو بالمعالجة الكيميائية الضوئية الموضعية (PUVA)، وقد تفيد بعض مضادات الصداف كالانترائين، ويلجأ في الحالات المعندة إلى المعالجات الجهازية المضادة للصداف كالميتوتركسات methotrexat أو الأسيترتين cyclosporine.

### التهاب جلد النهايات المستمر والمقيح لهالويو:

يسمى أيضاً التهاب جلد النهايات البثري، والتهاب جلد النهايات المستمر acrodermatitis continua طفح بثري عقيم نادر يصيب الأصابع والأباخس القاصية، وقد يؤدي إلى تخريب الظفر وضمور السلاميات القاصية. ويعد شكلاً من الصداف البثري الوضع.

يبدأ المرض على طرف الأصبع، وتصاب الطية الظفرية باكراً، وتظهر بثرات صغيرة تنفجر لتخلف حمامى لماعة في حين تظهر بثرات أخرى مجاورة قد تجتمع لتشكل بحيرات قيحية، وقد يمتد المرض للقسم الداني للسلاميات؛ مما يؤدي

مع مرور الوقت إلى استدقاق الأصبع ثم إلى ضمورها (الشكل ١٩). وقد يبقى المرض موضعاً، أو ينتشر ليغطي البدين والقدمين كما في البثار الراحي الأخمصي، أو قد يتعمم لكامل الجسم ويصبح "الصداف البثري المعمم لفون زامبوش".

تعالج الحالة كمعالجة البثار الراحي الأخمصي.

٦- بثار النهايات في الرضع infantile acropustulosis:

مرض غير شائع يصيب غائباً الرضع الذكور ذوي البشرة الغامقة غير أنه قد يحدث في كلا الجنسين، ويصيب كل الأعراق، يبدأ عادة بعمر ٣-٣ أشهر بشكل طفح بشري حويصلي بقطر ١-٣ملم، وهو حاك بشدة، يتوضع على النهايات شاملاً كلا الراحتين والأخمصين وظهر اليدين والقدمين وحواف الأصابع والأباخس، وقد تشاهد بعض الطفوح على الفروة والجذع، يدوم الطفح ٧-١٤ يوماً، شم يشفى لأسابيع (٣-١ أسابيع) لتظهر طفوح جديدة، ويستمر مكذا لأشهر أو سنوات، سبب المرض غير معروف ويرى بعضهم أنه استجابة غير نوعية للدغ الحشرات. ومن المهم تضريق المرض من الجرب والحلاً البسيط وأكزيمة عسرة التعرق والسعفات.

لسيجياً؛ بلاحظ بثرات تحت الطبقة المتقرنة تتضمن المتدلات، وقد تلاحظ الحمضات بنسبة قليلة.

يعالج المرضى بمضادات الهيستامين وتطبيق الستيروثيدات الموضعية، وقد يفيد في الحالات المعندة



الشكل (١٩) التهاب جلد النهايات الستمز لهالوبو

الدابسون الذي يعطى بجرعة ١-١ ملغ/كغ باليوم.

ransient الملان البشري العابر في حديثي الولادة transient -٧ neonatal pustular melanosis:

طفح بثري مجهول السبب يشيع في حديثي الولادة ذوي البشرة الغامضة، ويحدث بنسبة ٤, ٤٪ من الولدان السود وينسبة ٦, ٠٪ من الولدان البيض. يبدأ بعد الولادة أو معها، ويتظاهر ببثرات أو حويصلات سطحية هشة تتوضع على الوجه والظهر والألية أو أي منطقة، وتزول الأفات مخلضة فرط تصبغ خاصة عند السمر يدوم أشهراً.

نسيجياً؛ يلاحظ تجمع المعتدلات ضمن الطبقة المتقرنة أو تحتها، وقد توجد حمضات. يضرق المرض من الحمامي السمية في حديثي الولادة ومن عد حديثي الولادة وبثار النهايات في الرضع، وهو لا يحتاج إلى المعالجة.

٨- الحمامي السمية عند حديثي الولادة:

مرض شائع مجهول السبب يحدث في ٧٥٪ من حديثي

الولادة الأصحاء مكتملي الحمل. يبدأ في اليوم الثاني أو الثالث من العمر، ويتظاهر ببقع حمامية بقطر ١-٣ملم أو حطاطات جريبية أو بقع حويصلية أو بثرية، والبقع أكثر شيوعاً، تتوضع الاندفاعات على الوجه والجنع والأجزاء الدانية للأطراف، ونادراً ما تصيب الراحتين والأخمصين، لا تتأثر الحالة العامة. يزول الطفح خلال أيام، ويتم الشفاء خلال أسبوع، ونادراً ما يستمر أكثر من ذلك.

تظهر اللطاخة المأخوذة من البثرات وجود الحمضات، وقد يلاحظ ارتفاع الحمضات في الدم المحيطي (في ٢٠٪ من الحالات).

يفرق المرض من الجرب والتهاب الأجرية الشعرية الجرثومي والدخنيات العرقية والملان البثري العابر في حديثى الولادة.

يشفى تلقائياً، ولا يحتاج إلى علاج.

# الأمراض الجلدية الناجمة عن اضطراب التقرن

### عيد الحكيم عيد العطي

أصبحت آليات التقرن أكثر وضوحاً في السنوات الأخيرة، وتم تُعرُف كثير من الجيئات المسؤولة عن اضطرابات التقرن الوراثية. ويمكن في الوقت الحاضر التنبؤ بإصابة الأجشة قبل الولادة ببعض هذه الأضطرابات بإجراء اختبارات وراثية وكيميائية حيوية على السائل السُلُوي. ومع كل ذلك ما زالت هناك أمراض مجهولة السيب من المتوقع توضّحها في المستقبل القريب

تصنف اضطرابات التقرن disorders of keratinization ضمن أربع زمر رئيسة، هي:

- اضطرابات التقرن المنتشرة (مثالها: السماكات).
  - التقربات الجلدية الراحية الأخمصية.
- اضطرابات التقرن الجريبية (مثالها: داء دارييه والنخالية الحمراء الشعرية والحزاز الشعري).
- اضطرابات التقرن المحددة اللا جريبية (مثالها: تقرَّن الحلد الأحمراري).

### أولاً- السُماكات:

الشاك الثأثم

مثلازمة كيد

مثلازمة رود

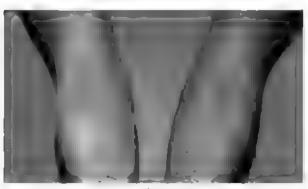
السُماك ichthyosis حالة سريرية بكون فيها كامل الجسم تقريباً مغطى بوسوف خشئة ناجمة عن خلل توسف الطبقة القَرنية للبشرة. تصنف السُّماكات مع الجلادات الوراشية باستثناء الحالات الكنسية المتأخرة الظهور ويرافقها في الغالب أمراض مجموعية أو أورام خبيثة (الجدول ١).

# صنف الشقات البئياك المرتبط بالجنس لصرار الجلد الشكي الغلقي الفقاعي المشك للتُقَاعى لسيمنز لسُّماك التُخَفَّدي لِكُرث وملكلن لسرار الجاد الشاكي الغاني اللافقاعي فشك لمتلحى متلازمة جوخرن لارس متلازمة ليثيرتون مكلازمة دورقمان شادارين متلازمة ريضوم

# ichthyosis vulgaris السُّماك الشائم

النظاهر السريرية: هو أكثر أنواع السُّماكات شيوعاً. لا يظهر حين الولادة، إنما يبدأ في فترة الطفولة الباكرة أو أحياناً في سن الرَّضاء (بعمر ٣-١٢ شهراً). يترقى تدريجياً حتى سن العاشرة تقريباً، وتخف الأعراض أو تختفي في سن الراهقة. يكون الجلد جاهاً ومفطى بوسوف نخالية صُفَاحِية ناعمة رمادية أو بنية اللون، وأكثر الأماكن إصابة بهذا السماك هي: السطوح الباسطة للساقين ومنطقة الظهر، في حين لا تصاب ثنيات مفاصل الأطراف والحفرة الإبطية والأعضاء التناسلية وأحيانا الناحية الصدرية البطنية (الشكل ١). ونادراً ما يترافق هذا السُّماك وأعراض مهمة أو حكة مزعجة. تتفاقم المظاهر السريرية كثيراً في المُناحَات الباردة والجافة (فصل الشتاء)، وتتحسن كثيراً أو تختفي في البيئات الحارة والرطبة.

المُظاهر المُرافقة؛ من الشائع أن يترافق هذا السُماك -حتى في الحالات الخفيفة منه - وزيادة ملحوظة في خطوط الراحتين وتقران الجريبات الشعرية ومظاهر تأتبية مثل حُمَّى الكلا والإكريما التأتبية والتهاب الأنف الأرجى والربوء الإمراض؛ ينجم السُّماك الشائع عن طفرة في الجين FLG المسؤول عن بروتين الفيلاغرين filaggrin الذي له شأن مهم في ترطيب الجلد ووقايته من الجفاف، يتناقص إنتاج هذا البروتين في السُّماك الشائع أو يتعدم؛ مما يؤدي إلى اضطراب توسف الطبقة القرنية للبشرة وحدوث الجضاف والتقشر في الجلك، والوراثة في السُماك الشائع صيفية جسدية سائدة جزئياً، والأعراض في الأشخاص متماثلي



الشكل (١) السماك الشالع بالأحظ إصابة الطرفين العلويين عدا الحفرتين المرفقيتين. تُصاب الحضرتان المرفقيتان في السِّمالك المرتبط بالجنس،

الزيجوت أكثر شدة منها في الأشخاص متفايري الزيجوت. إن حدوث طفرة في الجين FLG بعد كذلك عاملاً مؤهباً لحدوث التهاب الجلد التأتبي؛ مما قد يفسر تواتر حدوث المظاهر التأتبية في مرضى السُماك الشائع.

التشريح المرضي: يشاهد ثخن طبقة الخلايا القرنية مع تناقص الطبقة الحُبِيَّبية والحبيبات الكيراتوهياليئية أو فقدها بسبب تناقص بروتين الفيلاغرين أو فقده.

التشخيص: يشخص السُماك الشائع بالمظهر السريري والتشريح المرضي والقصة العائلية ويحدوث طفرة في جين الفيلاغرين، ويصعب أحياناً من الناحية السريرية التفريق بين الحالات الخفيفة للسُماك الشائع وجفاف الجلد البسيط xerosis.

التشخيص التضريقي: يضرق السمالا الشائع عن السماكات الوراثية الأخرى ببدء السماكات الأخيرة حين الولادة أو باكراً نسبياً كما تصاب فيها ثنيات مفاصل الأطراف غائباً. ويتميز السماك المكتسب من السماك الشائع بظهوره المتريري المختلف، وهو يرافق غائباً مرضاً مجموعياً أو ورماً خبيثاً.

المعالجة والإلثار؛ العالجة ملطفة فقط، وتعتمد على علاج الأعراض المرافقة. تستعمل المطريات ومراهم اليوريا والفازلين المزوج بتراكيز محددة من حمض الساليسيليك ومراهم الفيتامين D3 كما تفيد الحمامات التي تحتوي كلور الصوديوم. وتميل الأعراض إلى التراجع غالباً بعد سن الداهقة.

# :X-linked ichthyosis بالجنس H-٩

المظاهر السريرية: يظهر باكراً في السنة الأولى من الحياة (بعمر ٣-١ أشهر)، وقد يشاهد بعد الولادة مباشرة. غالباً ما تعاني أمهات هؤلاء الأطفال قبل ولادتهم فشل بدء المخاض. يصيب الذكور فقط، ولا يتحسن مع تقدم العمر. ويخلاف السُماك الشائع تكون المظاهر الجلدية فيه شديدة جداً بظهور قشور كبيرة بنية داكنة ملتصقة تشمل تقريباً كامل الجسم بما فيها الثنيات يبدو الجلد معها بمظهر متسخ. الإصابة أكثر وضوحاً في منطقة البطن وخلف العنق والسطوح الباسطة للنراعين والحضرتين المَأْبِضيتين والمخضرتين المَأْبِضيتين والمخضرتين المَأْبِضيتين والمخضرتين المَأْبِضيتين منظة.

المضاعفات: يعاني نصف البالغين المصابين تقريباً من عُتامات قرنية في المحفطة الخلفية بشكل الفاصلية. ومن المضاعفات الأخرى اختفاء الخصية وقصور الغدد التناسلية.

الإمراض؛ ينجم هذا السماك عن نقص فعالية الإنزيم ستيرويد سلفاتاز steroid sulfatase أو غيابها نتيجة طفرة في الجين STS المسؤول عن هذا الإنزيم والموجود على الصبغي X في الموقع Xp22.23. يقوم إنزيم ستيرويد سلفاتاز بتفكيك مادة كبريتات الكولستيرول الطبقة القرنية للبشرة المعززة لحدوث الالتصاق بين خلايا الطبقة القرنية للبشرة لذا فإن نقص هذا الإنزيم يؤدي إلى تراكم مادة كبريتات الكولستيرول وإعاقة توسف الخلايا القرنية وحدوث فرط التقران. أما الوراثة فصبغية مرتبطة بالجنس متنحية وعصاب النكور فقط بهذا الشكل من السُماك. يمكن تشخيص هذا السُماك قبل الولادة؛ وذلك ببزل السَلَى وقحص الزُغابات المشيمائية.

التشخيص التفريقي والمعالجة؛ يفرق السُماك المرتبط بالجنس عن السُماك المرتبط بالجنس عن السُماك الشائع بظهوره الباكر وبمظهره الشديد وبإصابته الثنيات (الشكل ۱). ويمكن دعم التشخيص السريري بالاختبارات الكيميائية الحيوية التي تدل على غياب فعالية إنريم ستيرويد سلفاتاز؛ وكذلك بمعايرة كبريتات الكولستيرول في المصل التي تكون مرتفعة جداً.

العالجة كما في السِّماك الشائع ملطفة فقط.

٣- احمرار الجلد السّماكي الشكل الخلقي (الولادي) الفُقّاعي bullous congenital ichthyosiform: erythroderma:

يسمى كذلك: فرط التَّقُرانَ الحالُ للبشرة hyperkeratosis

المظاهر السريرية: يصاب الجلد بهذا الشكل من السماك منذ الولادة أو بعدها بقليل، يبدو ببيغ واسع (احمرار) ونُفَاطَات منتشرة يتكرر ظهورها لعدة أسابيع. ومع مرور الزمن يظهر قرط تقران معمم يرافقه أحيانا أحمرار الجلد (كامل الجسم بما فيه ثنيات المفاصل والأطراف، فيصبح لونه ورديا داكنا). وقد توجد آفات تقرانية ثؤلولية تتوضع على نحو خاص في الثنيات والمرفقين والركبتين. يتصف عنا الداء برائحته الميزة اللاذعة بسبب العدوى الثانوية. ثم التعرف حالياً إلى ستة أنماط من هذا الداء؛ ثلاثة منها يرافقها فرط تقران راحي أخمصي، أما تقرن الجلد الراحي يرافقها فرط تقران راحي أخمصي، أما تقرن الجلد الراحي الأخمصي لفورتر Vomer فيعد شكلاً معزولاً موضعاً من هذا الداء؛ إذ تنحصر الإصابة فيه في الراحتين والأخمصين.

الإمراض: يتركب الهيكل الخلوي (الخيط المتوسط المتوسط (الخيط المتوسط intermediate filament) للخلايا الموجودة فوق الطبقة القاعدية للبشرة من الكيراتين؛ والكيراتين، ١. ويسبب حدوث

طفرة في الجين KRTI المسؤول عن الكيراتين اأو في الجين KRTI0 المسؤول عن الكيراتين الفي نمط شورنر تحدث الطفرة في الجين KRTI0 ) يحدث انحراف في إنتاج ألياف الكيراتين، فينجم عنه تشوه هيكل الخلايا وتشكل النفاطات البشروية : مما يؤدي إلى ثخانة ثانوية في طبقة الخلايا القرنية . أما الوراثة في هذا السماك فصيفية جسدية سائدة.

التشريح المرضى: تظهر ثخانة ملحوظة في طبقات الخلايا القرنية وفوق القاعدية. كما يلاحظ في الطبقات فوق القاعدية والحبيبية وجود خلايا فجوية فيها حبيبات كيراتوهيالينية كبيرة (تنكس حبيبي)، ويشاهد بالمجهر الإلكتروني ضمن خلايا الطبقة الأولى فوق القاعدية تكدس ألياف الكيراتين.

التشخيص التغريقي والمعالجة: المظهر المبيز لهذا السُماك هو تشكل النفاطات ولاسيما في الولدان، من الضروري التغريق بين احمرار الجلد السُماكي الخلِّقي الفُقَّاعي وكل من انحلال البشرة الفُقَّاعي وسلس الصباغ والقوباء السارية وذلك بالاعتماد على التشريح المرضي، أما المعالجة فتتركز على الريتينوئيدات الفموية وعلى تطبيق المراهم المضادة للجراثيم.

ichthyosis bullosa of السماله الفُقَاعي تسيمتس Siemen

المُطَاهِرِ السريرية: تشبه مظاهر النمط الخفيف من احمرار الجلد السُماكي الخلِّقي الفُقَّاعي باستثناء احمرار الحلد.

الإمراض والتشريح المرضي: الوراثة صيفية جسدية سائدة، وينجم هذا النوع من السماك عن طفرة في الجين KRT2e المسؤول عن الكيراتين 20. يشاهد بالتشريح المرضي تنكس حبيبي موضعي في قسم من أعلى الطبقة الشائكة وفي الطبقة الحبيبية (يتركز الكيراتين 20 على نحو خاص في الطبقة الحبيبية للبشرة).

ف السُّماك القُنْفُدي لكورث وماكلن ichthyosis hystrix ف of Curth and Macklin

المطاهر السريرية: تشبه احمرار الجلد السُماكي الخلِّقي الخلِّقي الخلِّقي الخلِّقي الخلِّقي الخلِّقي الفُعَامي ولكن من دون نُفَاطات، يتميز بتقرانات شؤلولية شبيهة بجلد الشبِّهم أو النيص porcupine (حيوان شائك من القوارض).

الإمراض؛ ينجم عن طفرة في الجين KRTI المسؤول عن الكيراتينا؛ والوراثة صبغية جسدية سائدة.

المرار الجلد السُماكي الشكل الخلَّقي اللافَّقاعي nonbullous congenital ichthyosiform erythroderma

المظاهر السريرية: يولد الطفل وهو مغلف بغشاء كولوديوني (الشكل ٢). وبعد الولادة بيومين أو ثلاثة أيام يتقشر الغلاف مخلفاً احمراراً وقشوراً على كامل سطح الجسم بما فيه ثنيات المفاصل والراحتين والأخمصين. وقد يرافق هذا السماك الشئتر الخارجي وانقلاب الشفة وحثل الأظفار وحثل القرنية. ويتبدل المظهر السريري تبدلاً طفيفاً يتبدل المفصول خلافاً لما يحدث في أنواع أخرى من السماكات، يترقى هذا السماك حتى سن العاشرة، ويبدأ بعدها بالتراجع.



الشكل (٢) العشاء الكولوديوني ويكون هذا الغشاء مقدمة لظهور احمرار الجلد السماكي الخلقي اللافقاعي أو لظهور السماك الصفاحي أو لحالات اخرى.

الإمراض، الوراثة صبغية جسدية متنحية. ويعتقد وجود سنة جيئات مسببة لهذا السماك أو أكثر، والمؤكد منها الجين TGM1 الذي يسبب أيضاً الجنين المُصَفِّح، والجين ABCA12 الذي يسبب أيضاً السُماك الصُفاحي، إضافة إلى الجيئات التالية: ALOXE3 - ALOXI2B - CGI58/ABHD5. تتركز الألية في حدوث هذا السُماك على النقص الواضح في قوة الكيراتين البنيوية والوظيفية.

المالجة: الريتينوئيدات الضموية فعالة في علاج هذا السُماك، ويجب إبقاء الجلد نظيفاً لمنع العدوى الثانوية.

السُّماك الصُّمَاحي lamellar ichthyosis:

المظاهر السريرية، يشبه هذا السماك احمرار الجلد السماكي الخلفي اللافقاعي إلا أن الوسوف هذا تكون خشنة كبيرة كالصفائح، لونها أسمر، ويبدو الجلد معها بمظهر فُسينفسائي، وتتوضع على نحو خاص على الطرفين السفليين. يترافق هذا السماك أحياناً والشَّتَر الخارجي للأجفان وانقلاب الشفة والحاصة وحَثَل الأظفار. ولا

يتحمل معظم المرضى الحرارة ولاسيما في الطقس الحار بسبب انسداد الغدد العرقية الناتحة.

الإمراض؛ متعدد والسبب الرئيسي في نصف الحالات تقريباً غياب ناقلة الغلوتامين! (transglutaminase -!) بسبب طفرة في الجين TGM1 المسؤول عن هذه الناقلة . تكون فعالية هذه الناقلة طبيعية تماماً في حالات أخرى، تعد ناقلة الغلوتامين! من الإنزيمات العتمدة على الكلسيوم، ولها شأن رئيس في تشكيل أغلفة الخلايا المتقرنة للخلايا الكيراتينية . وثبت أن غياب فعالية ناقلة الغلوتامين! غياباً كلياً يسبب السمالك المشاكد المشاكد الشماك المتقرن الشديد في هذه الفعالية فيسبب احمرار الجلد السماكي الشكل الخلقي اللافقاعي، وقد تنجم بعض الحالات عن طفرة في الجين / CYP4F2

المالجة، يمكن إعطاء الريتينونيدات فموياً. ٨- الجنح المُصنَّع harlequin fetus:

ويسمى كذلك: السماك الولادي الوخيم والجنبن الهارج.

المظاهر السريرية: غالباً ما يولد الطفل خديجاً، ويكون
مغلفاً بصفائح متقرتة لامعة ثخينة جداً ومعزولة بعضها
عن بعض بشقوق حمر عميقة. يرافق هذا السماك غياب
الأذنين أو ضمورهما والشَّتَر الخارجي ويانقلاب الشفتين.
ويموت معظم الولدان المسابين في الأسبوعين الأولين إما
بسبب صعوبة التنفس والإطعام وإما نتيجة حدوث عدوى
ثانوية.

الإسراض: ينجم الجنين المصفّح عن طفرة في الجين المصفّح عن طفرة في الجين ABCA12 المسؤول عن عملية نقل الشحوم في الحبيبات الصفّاحية lamellar granules. ويؤدي نقصه إلى تناقص واضح في المحتوى الشحمي للطبقة المتقرنة وحدوث شنوذ في الحبيبات الصفّاحية. الوراثة صبغية جسدية متنحية، ويمكن تشخيص هذا السُّماك قبل الولادة بالاعتماد على فحص الدُنا.

المعالجة، تم إنقاذ عدد من هذه الحالات بالاعتماد على الرعاية المركزة وعلى إعطاء الريتينوئيدات جهازياً وياكراً.

١- متلازمات السُماك:

مصطلح عام يطلق على حالات السلماك الخلقية المترافقة وإصابات عضوية معينة. المظاهر الجلدية تشبه إلى حد كبير المظاهر الموجودة في احمرار الجلد السلماكي الشكل الخلقي اللافقاعي.

أ- متلازمة جوغرن لارسن Sjogren-Larsson: المظاهر السريرية: يولد الطفل مصاباً باحمرار الجلد

السُّماكي الشكل الخلْقي اللافُقاَعي، وخلال سنتين إلى ثلاث سنوات يظهر شلل الأطراف التشنجي مع تخلف عقلي خفيف إلى متوسط، ويفحص الشبكية عند بعض الرضى تُشاهد نقاط بيض لامعة.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية، تحدث هذه المتالازمة نتيجة غياب نازعة هيدروجين الألد هيد الشحمية aldehyde dehydrogenase fatty بسبب طفرة في الجين .ALDH3A2

## ب- متاكزمة نيثيرتون Netherton:

المظاهر السريرية؛ تتألف هذه المتلازمة من سماك وشدوذ في سقيبة الشعرة وتأتب. وتدعي - لمظهرها الجلدي الميز- السماك الخطئي المنعطف ichthyosis linearis circumflexa؛ النشماك الخطئي المنعطف المعمم مترافق ولويحات حمامية ساعية أو حلقية الشكل محاطة بحواف مزدوجة من الوسوف. كما قد توجد آفات جلدية تشبه التهاب الجلد التأتبي أو احمرار الجلد السماكي الشكل الخلقي اللافقاعي، وأكثر حالات شدوذ الشعر المشاهدة في هذه المتلازمة هي تَقَصنُ الشعر الانفلافي المتاهدة في هذه المتلازمة هي تَقصنُ الشعر الانفلافي المناهدة أميانا مظاهر تقصنُ الشعر المقيد trichorrhexis أو المعرار الشاهدة إلى التهاب الجلد بالربو والأرجية الغذائية وارتضاع إضافة إلى التهاب الجلد بالربو والأرجية الغذائية وارتضاع حمض مبئية وقد تحدث بيلة الغلوبولين المناعي IgE ارتضاعاً واضحاً، وقد تحدث بيلة الغلوبولين المناعي IgE ارتضاعاً واضحاً، وقد تحدث بيلة

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية. بحدوث طفرة في الجين SPINKS المسؤول عن مثبط السيرين يروتياز serine protease inhibitor.

:KID (keratitis, ichthyosis, and ج- متلازمة كيم deafness syndrome)

المُطَاهِر السريرية، يترافق السُّماك هنا والتهاب القُرنْيَةُ والصُّمُم الحسي العصبي، كما تشاهد آهات تُقْرانِيَّة شائكة أو حليمية تتوزع على نحو خاص على الوجه والأطراف.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة أو متنحية. تنجم عن طفرة في الجين GJB2 المسؤول عن البروتين connexin 26. أو في الجين GJB6.

ه– متلازمة دورفمان شانارين Dorfman- Chanarin:

المطاهر السريرية: يعاني المساب بهذه المتلازمة من سُماك من شمط احمرار الجلد السُماكي الشكل الخلِّقي اللافُقاعي وتنكس كبدي دهني وصمم وتخلف عقلي وساد ورَأْرَاة.

الإمراض، الوراثة صبغية جسدية متنحية. يحدث

اضطراب استقلاب الشحوم المتعادلة بسبب طفرة في الجين CGI-58 المسؤول عن الإنزيم المنظم الاستقلاب الشحميات المنسفورية phospholipids؛ مما يؤدي إلى تكدس ثلاثي أسيل الخليسرول triacylglycerol في هيولي خلايا الكبد والكريات البيض والأرومات الليفية على شكل قطيرات شحمية.

هـ متلازمة ريفسوم Refsum وتسمى أيضاً: الامتلال الوراثي الردِّحي العصبي التعدد.

المظاهر السريرية: مظاهر هذه المتلازمة جلدية وعينية وعصبية. يبدأ ظهور السماك في سن البلوغ بعد ظهور الإصابات العصبية والعينية، فتشاهد وسوف بيض ناعمة على الجذع والأطراف تشبه الوسوف الموجودة في السماك الشائع، ويعاني المرضى من المشاوة (العمى الليلي) بسبب التهاب الشبكية الصباغي إضافة إلى حدوث تُقَبّض الحدقة. أما المظاهر العصبية فهي الربّح المخيخي المنشأ والتهاب الأعصاب المتعدد والعدم الحسري المضبى وفقد الشم.

الإمراض: تنجم المتلازمة عن عوز الإنزيم PAHX المسؤول عن استقلاب حمض الفيتانيك phytanoyl-CoA المسؤول عن استقلاب حمض الفيتانيك phytanic acid وجميع الأعراض التي تظهر في هذه المتلازمة سببها تراكم حمض الفيتانيك في الأنسجة المختلفة، وسجلت حالات نجمت عن طفرة في الجين PEX7 المسؤول عن البروتين peroxin-7.

التشخيص والمالجة: تشخص متلازمة ريفسوم بالاعتماد على المظاهر السريرية السابقة وعلى معايرة حمض الفيتانيك في البلازما الذي يكون مرتفعاً بوضوح. ويجب مع المالجة اتباع حمية طعامية خالية من حمض الفيتانيك (كالحمية الخالية من الكلوروفيل).

### و- متلازمة رود Rud:

المطاهر السريرية: إضافة إلى مظهر الجلد الذي يشبه احمرار الجلد السماكي الشكل الخلّقي يشاهد الصرع والتخلف العقلي وقصور وظيفة الغدد التناسلية والقامة القصيرة والتهاب الشبكية الصباغي.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية (ذكرت حالات كانت الوراثة صبغية مرتبطة بالجنس متنحية). الذكور أكثر إصابة من الإناث، ومعظم الحالات فرادية.

ز- مشالازمة كوشرادي هُسُرمان هابيل -Conradi نسمال كذابك، خليل Hünermann-Happle syndrome التنسيج الفُضروفي المُنَقَّطُ ذا الوراثة السائدة المرتبطة بالجنس.

المُظَاهِرِ السريرية: توجد في هذه المتلازمة علامات احموار الجلد السُماكي الشكل الخلِّقي اللافُقَّاعي مع شنوذ تشكل العظام وساد وشلل جميع الأطراف.

الإمراض: الوراثة صبغية مرتبطة بالجنس سائدة، والذكور يموتون قبل الولادة. تحدث طفرة في الجين emopamil المسؤول عن البروتين الرابط لايموياميل -binding protein .

# ١٠- السُّماك الْكُتْسِيِّةِ

المُظاهر السريرية: المظاهر الجلدية تشبه المُظاهر المُشاهدة في السُّماك الشائع الخفيف، وقد يشاهد أكثر من شكل من أشكال السُّماك، تشمل الإصابة كلاً من السطوح الباسطة والانعطافية للأطراف.

والانمطافية الأطراف. الإمراض، يظهر السُماك المُكتسب متأخراً بعد الإصابة بمرض أولي أساسي، وأهم الأمراض التي يرافقها السُماك المُكتسب هي:

أ- الأورام الخبيثة: اللَّمُفُومات الخبيثة (وعلى نحو خاص داء هُودُ جكين والغُطار الفُطْراني) وابيضاض الدم والسرطانات وساركومةُ كابُوزي Kaposi.

ب- الأمراض المُجموعية، الساركوئيد وقصور الدرقية والتُنْبة الحُمامية المجموعية والتهاب الجلد والمضل وداء النسيج الضام المُختلط و التهاب اللُفافة اليوزيني.

ج- الأمراض المُعنية: متلازمة المُوزَ النّاعي الْكُتسب (الإيدز) وداء هانسن (الجذام) والسل والحمى التيفية والتيفوس.

د - الأدوية: حمض النيكوتيني nicotmic acid والتريبارانول triparanol والبوتيروفينون butyrophenone والديكسيرازين dixyrazine والنافوكسيدين nafoxidine والكافا kava (مُخَدُر).

### ه- حالات العوز: عوز الفيتامين A والبلغرة pellagra.

 و- حالات أخرى: النخالية الشيخية (نقص الزهم في السنين ولاسيما على الساقين والساعدين) والإفراط في استخدام الصوابين والنظفات.

# التشريح المرضيء مماثل للسُماك الشائع.

التشخيص: هناك صعوبة كبيرة في تمييز السُّماك المُكتسب من السُّماك الشائع من الناحية السريرية والتشريح المرضي، لذلك يعتمد في تشخيص السُّماك المُكتسب على سيره السريري وظهوره المُتاخر وعلى اكتشاف المُرض الأولى المسبب.

قانياً - تقرن الجلد الراحي الأخمصي palmoplantar : keratoderma

يطلق هذا الصطلح على مجموعة من الأمراض الوراثية

التي تسبب فرط تضران hyperkeratosis في الراحسين والأخمصين. تصنف هذه الأمراض وفقاً للمظاهر السريرية ونمط الوراثة. ومع تحديد طفرات جيئية في بعض الأنماط فإنه لابد من إيضاحات إضافية للتوصل إلى تصنيف حقيقي لهذا المرض،

يشاهد تقرن الجك الراحى الأخمصي ضمن ثلاث فلات (الجدول٢):

• الفقة الأولى: تنحصر الإصابة في الراحتين والأخمصين فقطر.

 الفئة الثانية: تترافق الإصابة وأفات جلدية في مناطق آخري.

 الفقة الثالثة: تترافق الإصابة وأعراض مجموعية (متلازمة).

كما يصنف تقرن الجلد الراحي الأخمصي سريرياً في ثلاثة نماذج:

١- النموذج المنتشر؛ غالباً ما يظهر حين الولادة أو في الأشهر الأولى من الحياة، ويتميز بفرط تقران ثخين يشمل كامل الراحتين والأخمصين.

٣- النموذج البؤري: كتل مكتُنزُة من الكبراتين تظهر في

# THE RESERVE تقرن الجاد الراحي الأحمصي لــ Thost -Unna

تقرن الجاد الراسي الأشمسي الـ Vomer

تقرن الجاد الرامي الأخمسي النسلي (المضلط)

تارن الجاد الرئمي الأخبسي المنشأ يارط التّران الطّركي البوري

غرن ليط كرفتين الأصبيب الانج

تقرن الجاد الراحي الأخبصين الـ Sybert

لتمرن الجلد الاحمراري المكافير

Meleda ... متلازمة Naegli -Franceschetti-Jadassohn

بناویه Jadassohn -Lewandowsky

مناثل مة Jackson-Sertoli

علازمة Fischer-Jacobsen-Clouston

تقرن البناد الرفعي الأغممسي مع سرطالة عريليّة

تكرن فجلد فرلمي الأغمصي مع شال سظي تشلمي

Naxos ala متلازمة YeiruH

مناثرمة Olmsted

متلازمة Papillon -Lefever

متلازمة Richner -Hanhart

متلازمة Vohwinide

متلازمة Carvajal

مثلازمة Desmons

متلازمة Schopf -Schulz-Passarge

أماكن الأحتكاك المتكررة وعلى نحو خاص في الأخمصين.

٣- النموذج النقطى؛ تقرانات نقطية تتوزع بشكل منتشر أو محدود،

لا يوجد علام فعال لأي من أنماط تقرن الجلد الراحي الأخمصي. تستعمل الريتينوئيدات فموياً (مشتقات الشيتامين A) كما تطبق المطريات والغازلين المزوج بحمض الساليسيليك.

# وفيما يلى أهم الأشكال السريرية لتقرن الجلد الراحي الأخمصى

ا-تقرن الجلد الراحي الأخمصي لتوست أونًا Thost- Unna: ويسمى: تقرن الجلد الراحي الأخمصي المنتشر وتقرن الجلد الراحي الأخمصي المنتشر غير الحال للبشرة وداء توست أوثاء

المظهر السريري والتشريح المرضى: يظهر في الرضيع فرط تقرن شمعى المظهر أصفر اللون واضح الحدود على كامل الراحتين والأخمصين محاط بهالة حمراء واضحة. يرافقه غالباً تشققات عميقة مؤلة وفرط تعرق. يبدى التشريح المرضي ثخانة في كامل البشرة وعلى نحو خاص في الطبقة المتقرنة.

الإمراض: الوراثة صيفية جسدية سائدة. ينجم عن طفرة في الجين KRT1 المسؤول عن الكيراتين ١ أو عن طفرة في الجين KRT16 المسؤول عن الكيراتين ١٦٠

٧- تقرن الجلد الراحي الأخمصي لشورنر Vorner: ويسمى: تقرن الجلد الراحي الأخمصي المنتشر الحال

المظهر السريري: يشبه كثيراً تقرن الجلد الراحي الأخمصي لتوست أونا (الشكل٣)، ولذلك يعتمد في التفريق بين الحالتين على التشريح المرضى حيث بلاحظ في تقرن الجلد الراحي الأخمصي لفورتر وجود تنكس حبيبي.



الشكل (٣) قرن الجلد الراحي الأخمصي لقورتر يلاحظ على راح اليد وجود تقرن منتشر واضح الحدود مع تشققات عميقة

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة في نصف الحالات تقريباً. وهناك طفرة في الجين KRT9 المسؤول عن الكيراتين.

۳- داء مليدا mal de Meleda: ويسمى كذلك: تقرن الجلد الراحي الأخمصي المتدرج (النافذ).

المظهر السريري: يظهر مباشرة بعد الولادة فرط تقران ينتشر على كامل الراحتين والأخمصين مصحوب ببيغ (احمرار). يترقى التقران تدريجياً مع تقدم العمر، وقد يشمل ظهر اليدين والقدمين إضافة إلى الدراعين والساقين. وتوجد أحياناً أفات تقرانية على البراجم والركبتين والمرفقين. ومن المظاهر الأخرى التي يمكن رؤيتها المتخلف العقلي وقصر الأصابع والأينوم الكاذب pseudoainhum (بتر تلقائي لأنملة القدم الصغيرة) وتقعر الأظفار والطلوان والتهاب الشغة الزاوي وفرط التعرق.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية. يتجم عن طفرة في الجين المسؤول عن البروتين Slurpl.

ة- تقرن الجلد الراحي الأخمصي لليدا السالد:

يشبه داء مليدا عدا أن التقران والاحمرار أقل شدة. الوراثة صبغية جسدية سائدة.

ه- تقرن الجلد الراحي الأخمصي الخطي (الخطط) linearis / striata:

المظهر السريري: تظهر على الراحتين والأخمصين تقرانات ثفنية خطية شريطية أو دائرية الشكل تمتد باتجاه رؤوس الأصابع، وقد يرافقه إصابة ظفرية والشعر الصوفي، تؤدي الرضوض المستمرة إلى تفاقم الإصابة.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة. ينجم عن طفرة في الجين DSG1 المسؤول عن البروتين desmoglein1 أو عن طفرة في الجين DSP المسؤول عن البروتين desmoplakin.

٦- تقرن الجلد الراحي الأخمصي المنقط punctuate:

المظهر السريري: يظهر بعمر ٢١-٣٠ سنة. بيدا بتقرانات نقطية صفيرة على الحواف الوحشية للأصابع، ثم تنتشر لاحقاً على كامل الراحتين والأخمصين. وقد تندمج الأفات في مناطق الضغط.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة. ينجم عن طفرة جينية في الموقع 15q22.3-15q22.1.

٧- تقرن الجك الراحي الأخمصي الجادع mutilans:
 يسمى كذلك: متلازمة Vohwinkel.

المظهر السريري: تشاهد على الراحتين والأخمصين تقرانات مُنْخُرِية honeycombed. تظهر على الأصابع -

ولاسيما الخامس منها- شرط حلقية ضاغطة تؤدي إلى تضيفها واختناقها وإلى حدوث البتر التلقائي (الأينوم الكاذب). كما تظهر لويحات متقرنة خطية أو نجمية الشكل على ظهري اليدين والقدمين والركبتين والمرفقين والبراجم، وقد يترافق هذا المتقرن والصمم العصبي الحسي وحثل الأظفار والحاصة.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة. ينجم عن طفرة في الجين لل LOR المسؤول عن البروتين loricrin أو في الجين GJB2.

٨- متلازمة بابيلون - ليفيضر Papillon-Lefèvre:

المطاهر السريرية، تظهر بعمر ٢-٣ سنوات. تحدث تقرانات بؤرية ونقطية على معظم الراحتين والأخمصين مع احمرار وفرط تعرق. وقد بمند التقران إلى ظهري اليدين والقدمين والعرقوب والركبتين والمرفقين، ومن المظاهر المهمة الأخرى لهذه المتلازمة حدوث التهاب دواعم السن، وذلك عند بروغ الأسنان اللبنية، ويتكرر الالتهاب ثانية حين ظهور الأسنان الدائمة.

الإمراض: الوراثة صبغية جميدية متنحية. تنجم عن طفرة في الجين CTSC المسؤول عن البروتين cathepsin C.

۹- متلازمة ريشتر - هانهارت Richner-Hanhart:

وتسمىء فرط تيروزين الدم العيني الجلدي.

المظاهر السريرية: تظهر هذه المتلازمة بعمر ٢-٤ سنوات. ولها ثلاث علامات كبيرة، هي فرط التقران الراحي الأخمصي المؤلم من النوع النقطي أو الثفني ورهاب الضوء الناجم عن حثل القرنية والتخلف العقلي.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية. سببها نقص فعالية ناقلة أمين التُبروزين tyrosine aminotransferase بسبب طفرة في الجين TAT.

المالجة، تختفي الأعراض بإتباع نظام غدائي فقير بالتيروزين والفينيل ألانين.

۱۰ - دام ناکسوس Naxos:

المظاهر السريرية: من المظاهر الجلدية لهذا الداء فرط تقرن راحي أخمصي منتشر وشُواك أسود وفرط تعرق وشعر صوفي، وتتضمن المظاهر القلبية اعتلال عضلة البطين الأيمن وضخامة القلب.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية متنحية. تحدث طفرة في الجين JUP المسؤول عن البروتين plakoglobin.

۱۱- دام داربیه Darier:

ويسمى: التُقُران الجُريبي keratosis follicularis.

المطاهر السريرية: يبدأ هذا الداء في العقد الأول أو الثاني من العمر، ويصيب الذكور والإناث بالتساوي، وتبدأ أعراضه بظهور حطاطات تقرانية دهنية بأقطار ٢ إلى ٥ ملم مغطاة بقشور سميكة. يتفاوت ثونها بين ثون الجلد الطبيعي والبني المصفر والبني الداكن. قد تبقى الحطاطات منعزلة، وقد تتجمع لتشكل لويحات جُلْبُوية كبيرة كما يشكل أوراماً تُقْمِية الشكل تنبتية تصدرمنها رائحة نتنة بسبب الأخماج الثانوية والمفرزات العرقية، وذلك في المناطق المدحية. وتصبيب الأفات المناطق المثية مثل أعلى الصدر والظهر وجانبي المثق والجبهة والأذنين والضروة إضافة إلى إصابة المناطق المُذُحية مثل الحفرة الإبطية والناحية تحت الثدى و الأربية والنطقة الشرجية التناسلية. ويلاحظ بفحص الراحتين والأخمصين فحصاً دقيقاً وجود وُهٰدات صفيرة أو تقرانات نقطية تعداً من العلامات الميزة. وقد تظهر أحياناً حطاطات مسطحة بلون الجلد تشبه تقران التهايات الثؤلولي على ظهر اليدين والقدمين. والإصابة الظفرية مميزة جداً فإلى جانب إصابة الأظفار بالهشاشة والانشطار يظهر عليها شرط طولانية حمر وبيض كما يرى على النهاية الحرة للظفر ثلم بشكل حرف ٧. وقد تصاب الأغشية الخاطية، فتظهر حطاطات صغيرة بيض على الحنك الصلب ومخاطية الغم واللثة والستقيم والمريء والفرح قد تندمج لتشكل لويحات تشبه

مظاهر مرافقة: اضطرابات السلوك والتعلم والشخلف العقلي والصرع واضطرابات الوجُّدُان والفُصام.

الإمراض، ينجم داء دارييه عن طفرة في الجين ATP2A2 . تضبط هذه المضخة المسوو SERCA2 . تضبط هذه المضخة تراكيز الكلسيوم في هيولي الخلايا الكيراتينية. ويما أن الكلسيوم ينظم عملية تمايز الخلايا الكيراتينية وعملية الالتصاق فيما بينها: فإن حدوث طفرة وراثية في الجين السابق يؤدي إلى تعزيز عملية التقرن وإلى شذوذ تشكل الجسيمات الرابطة والبنية الليفية للكيراتين؛ وبالتالي حدوث خلل الاشواك ولايفية بسدية سائدة بنفوذية متبدئة . ومدينة سائدة بنفوذية متبدئة .

التشريح المرضى: الصفة الميزة لداء داريبه هو خلل التقرن. لذلك تكون في الطبقة الحبيبية للبشرة الأجسام المدورة كبيرة ذات نُوى تَغَلَّظيَة grains أحسة - basophilic وهيولى ساطعة) والحبات (خلايا خطلة التقرن صغيرة تشبه الخلايا مختلة التقرن،

وتبدو عتمة). هذاك أيضاً انحلال الأشواك الذي يرافقه تشكل الجُوبات (فجوات) lacunae والزغابات villi حيث تمتد الحليمات الأدمية إلى الأعلى داخل الجوبات.

السير؛ يتميز المرض بالإزمان والنكس. وتثار الآفات بضوء الشمس والأشعة فوق البنفسجية B والحرارة والتعرق والاحتكاك والأخماج، وإن المصابين بداء دارييه لديهم الاستعداد للإصابة بالحلأ البسيط.

التشخيص التفريقي ديجب تمييز داء دارييه من الشُواك الأسود وداء هيلي هيلي والقُقاع الشَنَبُتي والقُقاع التُنَبُتي والتهاب الجلد المُثُى.

المعالجة، تتحسن الأعراض مؤقتاً بالريتينوئيدات الفموية ومراهم اليوريا، يجب الوقاية من أشعة الشمس وتجنب حدوث عدوى ثانوية.

# ثالثاً- بَقران النهايات الثولولي acrokeratosis verruciformis:

المظاهر السريرية: أول من وصفه Hopf. يبدأ حين الولادة أو في سن الرضاع بظهور حطاطات تؤلولية مسطحة صغيرة متعددة بلون الجلد على ظهري البدين والقدمين. وقد تشمل الإصابة أحياناً الركبتين والمرفقين والسطوح الباسطة لكل من الساقين والساعدين والمعصمين. يشاهد بضحص الراحتين والأخمصين أحياناً تقرانات نقطية ووُهُدات تتقاطع مع الخطوط الجلدية للأصابع والكفين. كما سجلت إصابات ظفرية.

التشريح المرضي: تظهر - إضافة إلى فرط التقران والشُواك - ارتفاعات في البشرة تشبه أبراج (رَزَّات) الكنيسة .church spikes ولا يحدث هنا انحلال الأشواك وخلل التقرن الشاهد في داء دارييه.

التشخيص التفريقي ايجب تمييز هذا المرض من الثآليل السطحة ومن تُدُن dysplasia البشرة الثؤلولي.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة. ينجم عن طفرة في الجين ATP2A2 الموول عن مضخة الكلسيوم Avporteratoris.

hyperkeratosis التُقَرَّانُ الْعَدَسِي الْمُسَّتِمِرِ lenticularis perstans

ويسمى؛ داء فليجل Flegel.

النظهر السريري: يصيب متوسطي الأعمار. يظهر على الأطراف ولاسيما اليدين والقدمين حطاطات بأقطار ١-٥ ملم تعلوها سدادات قرنية لونها أحمر أو بنى داكن.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة.

:pityriasis rubra pilaris النُّحَالية الحمراء الشعرية -٢

المظاهر السريرية: تظهر حطاطات التهابية جريبية بأقطار ٢-٣ملم تتوزع على الأصابح والسطوح الباسطة للأطراف وأعلى البطن، تكون الحطاطة محمرة اللون، في مركزها سدادة تقرانية مُؤَنَّفة بيضاء (السندادة المتقرانية المؤنَّفة بيضاء (السندادة المتقرانية الركبتين؛ لتصبح لويحات برتقالية صدفية الشكل واضحة الركبتين؛ لتصبح لويحات برتقالية صدفية الشكل واضحة الحدود ذات وسوف ملتصقة. وقد تظهر في بعض الحالات عطاطات تقرانية بيض متعددة خشئة المظهر كالمبرد. كما يبدو على الراحتين والأخمصين تقرن منتشر شمعي المظهر يبدو على الراحتين والأخمصين تقرن منتشر شمعي المظهر الحمرار يبدو على الراحتين والأخمصين تقرن منتشر شمعي المظهر الحلد المراد المدود تعد من الملامات المميزة لهذا الطبيعي واضحة الحدود تعد من العلامات المميزة لهذا الطاء. يصاب بعض المرضى أحياناً بخلل في عملية التكيف للظلام بسبب نقص المثيتامين A.

الإمراض والوباليات؛ السببيات مجهولة. وتكون ذروة الإصابة بهذا الداء في سن الرضاع وفي العقد الخامس من العمر. تقسم النخالية الحمراء الشعرية إلى نمطين أساسيين؛ الأول هو النمط اليفعي والثاني هو نمط البالغين. وقد قسم Griffiths نمط اليافعين إلى ثلاث فئات، هي التقليدي والمُتَحَدِّد واللائموذَجي، وقسم نمط البالغين إلى فئتين؛ هما التقليدي واللائموذجي، معظم الحالات اليفعية فئتين؛ هما التقليدي واللائموذجي، معظم الحالات اليفعية عائلية والوراثة فيها صبغية جسمية سائدة. وميز في السنوات الأخيرة نُميط للنخالية الحمراء الشعرية، سببه فيروس العوز المناعى البشري Hiv

التشريح المرضي: الجريبات الشعرية متسعة ومملوءة بالكيراتين. طبقات البشرة العلوية تُخينة، وفي أجزاء منها علامات خُطُل التقرن المجمعة وتناوب بين تقرن تام وناقص. لا ترتشح البشرة في النخالية الحمراء الشعرية بالخلايا متعددة النواة، وهي علامة مهمة في التمييز من الصَدُفيّة. يلاحظ في الأدمة العلوية توسع وعائي مع رشاحة لمفاوية.

التشخيص التغريقي: يجب تمييز النخالية الحمراء الشعرية من الصدفية ولفوما الخلايا التائية الجلدية والتهاب الجلد المثي والطفح الدوائي والسماك وتقرن الجلد الاحمراري المترقى الوحيد الجانب.

المعالجة والإندار؛ الشفاء تلقائي، يشفى النمط اليفعي خلال عامين خلال عامين أو ثلاثة أعوام، تستعمل مراهم اليوريا ومراهم الفازلين

المزوجة بحمض الساليسيليك ومراهم القيتامين D3. وتعطى كذلك الريتينوئيدات الفموية.

رابعاً- الحَزَاز الشعري pilaris lichen:

يسمى أيضاً: التقران الشمري keratosis pilaris.

المظاهر السريرية: تظهر حطاطات تَقْرانية جريبية متعددة بأقطار اسم علم بلون الجلد الطبيعي أو بلون قرنقلي فاتح على السعلوح الوحشية الباسطة للطرفين العلويين والفخذين. سطح الحطاطات خشن، ولا تميل إلى الاندماج فيما بينها أو إلى التضخم. يكون البدء في معظم الحالات في سن الطفولة الباكرة، لكن العلامات السريرية تصبح واضحة في المراهقين ولاسيما في الفتيات، ولا يترافق هذا الحزاز وأعراض شخصية.

التشريح المرضي: الجريبات الشعرية متسعة وممتلئة بالسدادات الكيراتينية إضافة إلى وجود مظاهر الأشعار المنفتلة ptli tort.

الإمراض: يعتقد أن معظم الحالات تنتقل وراثياً ويشكل صبغي جسدي سائد. هناك حالات تترافق مع السماك الشائع (الشكل ؛). كما يعد الحُزاز الشعري مظهراً بارزاً في قصور الدرقية ومتلازمة كوشينغ والسكري والبدانة ومتلازمة داون وعوز الثيتامين A.

المعالجة والإندار؛ تواتر حدوث هذا المرض عال تسبياً، يشقى تلقائياً بعد المراهقة، يفيد تطبيق المراهم المرطبة والعناصر الحالة للكيراتين كمراهم الفازلين المروجة بحمض الساليسيليك.

erythromelanosis الجريبي الوجهي folicularis faciei المنافذ الاحمراري الجريبي الوجهي folicularis faciei البالغين وصغار البالغين ولاسيما الذكور، تظهر حمامي مضرطة التصبيغ مرصعة بحطاطات تقرانية جريبية أمام صيوان الأذن والفك العلوي وأحيانا الصدغ والمئق على نحو متناظر، ونظراً لترافقه والحزاز الشعري في مناطق أخرى من الجلد يعتقد وجود علاقة بين هذين الرضين.

 ٧- اتْحُزَارْ الشائك lichen spinulosus؛ يظهر في الرضع في منطقة العنق، ويمد تمطأ من الْحُزَارْ الشعري، والأفات هي حطاطات جريبية تعلوها بروزات شائكة.

"- تُشَرِّن الجلد الأحمراري erythrokeratodermia: مصطلح عام يطلق على الأفات التَّقُرانية الموضعة المصحوبة بالبيغ والتي تظهر في سن الرضاع. وهنالك أشكال سريرية مختلفة وجينات مسببة متنوعة. أكثرها شيوعاً الشكلان التاليان:



الشكل (٤) الحزاز الشعري (تقران الجريبات الشعرية) توزع وصفي على الجزء العلوي الخارجي لدراع مريض بالسماك الشائع

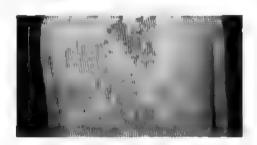
أَ تُقَرِّنُ الْجِلْدِ الْاحمرارِي الْتَنَاظِرِ الْتَرَقِي progressive !- تَقَرِّنُ الْجِلْدِ الْاحمرارِي الْتَنَاظِرِ الْتَرَقِي symmetric erythrokeratodermia

الإمراض: الوراثة صيفية جسدية سائدة. ثبت في بعض الحالات حدوث طفرة في الجين LOR المسؤول عن البروتين Jorierin

المُغلَّاهِ السريرية: تظهر آفات تُقُرانية موضعة يرافقها بيغ واضح الحدود. وأكثر الأماكن إصابة الأطراف، وغالباً ما تكون الإصابة متناظرة. يترقى الداء مع مرور الزمن.

المعالجة العلاج الرئيسي هو إعطاء الريتينوئيدات فموياً. 
و المعالجة العلاج الرئيسي هو إعطاء الريتينوئيدات فموياً. 
ب- تُقُرِّنُ الجلد الاحمراري المتفيِّر Mendes da Costa .

المظاهر السريرية؛ تظهر عند الرضيع الذي لم يتجاوز السنة أفات تُقُرائية موضعة يرافقها بيغ واضح الحدود. يظهر الطفح بشكل متناظر على الوجه والجنع والأطراف. تتسع الآفات تدريجياً، ويندمج بعضها ببعض. يختفى



الشكل (٥) تقرن الجلد الاحمراري المتفير أفات تقرانية ولويحات حمر واضحة الحدود. يتبدل موضع الأفات وكأنها تهاجر من مكان إلى أخر.

الطفح خلال عدة أيام أو أسابيع ليظهر بعد ذلك في أماكن أخرى (الشكل ٥). ويبدو التوسف واضحاً لدرجة يبدو الجلد معها وكأنه متسخ. لا توجد أعراض شخصية مرافقة.

الإمراض: الوراثة صبغية جسدية سائدة. ثبت في بعض الحالات حدوث طفرة في الجين GJB3 المسؤول عن البروتين connexin 31 المسؤول عن البروتين GJB4 المسؤول عن البروتين connexin 30.3.

المالجة: العلاج الرئيس إعطاء الريتينوئيدات فموياً.

2- الوُرام الحليمي الشبكي والمتلاقي confluent and reticulated papillomatosis؛

تظهر على الجدع (أعلى البطن وبين الثديين خاصة) بقع مصطبغة رمادية اللون وحطاطات تُقرانية. كما تندمج الآفات لتشكل شبكة من اللويحات، يجب تفريقه عن التُخالية المُرهَّشَة.

ه- الشُواك الأسود
 عديد acanthosis nigricans:
 يقسم الشُواك الأسود إلى خمسة أنماط:

أ- الشّواك الأسود الحميد الوراثي؛ لا ترافقه اضطرابات عدية صُمَّاوية.

ب- الشُّواك الأسود الحميد؛ ترافقه اضطرابات غدية صُمُّ أوية مقاومة للإنسولين (السكري المقاوم للإنسولين وفرط الأندروجين وضخامة النهايات وداء كوشينغ وقصور الغدد التناسلية وداء أديسون وقصور الدرقية).

ج- الشُّواك الأسود الكاذب؛ ترافقه البدانة ولاسيما شي السود.

ه الشواك الأسود الدوالي؛ ينجم عن حمض النيكوتينيك (بجرعات عالية) والستيلبستيرول stilbestrol (في الشباب الدكور) والسستيروئييدات القشيرية وشنالي إيشيل الستيلبستيرول diethylstilbestrol والعلاج بهرمون النمو.

ه - الشّواك الأسود الخبيث: يسبق الإصابة بسرطانة غدية في السبيل التناسلي البولي أو السبيل المعدي المعوي (الأكثر شيوعاً سرطانة المعدة) أو يرافق هذه الإصابة أو يتلوها، ونادراً ما يتلو اللمفومات.

المظهر السريري: في جميع الأنماط تظهر سماكة جلدية مخملية المظهر مفرطة التصبغ في مناطق محددة كالعنق والحضرة الإبطية والأربية والسرة وتحت الثديين (الشكل ٢). تكون الإصابة في النمط الخبيث شديدة، وترافقها الحكة، وقد تشمل الراحتين والأخمصين ومخاطية الفم والشفاه. وتصاب المناطق المُذَحية في النمط الكاذب كما يظهر فيها العديد من الزوائد الجلدية.



الشكل (٦) الشواك الأسود بلاحظ إصابة المنق عند مريض سمين.

الإمراض، قد تنجم التبدلات البشروية عن فرط إفراز لبيتيد نُخامي أو عن التأثير غير النوعي لفرط الإنسولينية المُعزَزُ للنمو. يترافق النمط الخبيث وازدياه عامل النمو التُحُدثِ للاستِحَالة من النمط ألفا TGF-α وتأثير واضح الستقبلات عامل ثمو البشرة في الجلد EGF.

يكتسب الجلد لونه الطبيعي من مكونات صباغية بيولوجية متعددة تتألف من: هيموغلوبين مرجع يعطيه اللون الأزرق، وأوكسي هيموغلوبين يعطيه اللون الأحمر، والكاروتينوئيدات تعطيه اللون الأصفر، ويعطيه الميلانين هو الصباغ الغالب لذلك فإنه يضفي على الجلد لونه النهائي. هناك ثلاثة ألوان أساسية للجلد: الأسود والأسمر والأبيض، ويتم تحديد هذه الألوان وراثباً. وقد قسم العالم فيتزياتريك Fitzpatrick ألوان الجلد الشائعة إلى 7 أنماط تراوح ما بين الأبيض الناصع الى الأسود الداكن كما في الجدول (١).

يطلق على زيادة كمية الصباغ (الميلانين) اسم فرط التصبغ hyperpigmentation مثل ما يشاهد في الكلف. أما وجود عدد الخلايا الوحمية الميلانية في بؤرة محددة مع زيادة إفرازها فيطلق عليه اسم الوحمة nevus. وقد يكون فرط التصبغ بشروياً ينجم عن وجود كميات كبيرة من الميلانين في جسيمات الميلانين والخلايا المقرنة، أو أهمياً نتيجة وجود الميلانين في الأدمة وفي البالعات الكبار وكذلك وجود الخلايا الميلانية.

# أولاً- أمراض نقص الصباغ الجلدي: ١- نقص الصباغ:

ينجم نقص صباغ الجلد عن ندرة الخلايا الميلانية أو غيابها، أو عن نقص الميلانين أو غيابه نتيجة خلل في صنعه وإفرازه، وقد يكون نقص الملان hypomelanosis ولادياً أو

مكتسباً، موضعاً أو معمماً، جزئياً أو كاملاً. وتتظاهر أمراض عديدة ومثلازمات كثيرة بنقص صباغ الجلد منها: البهق والمهق.

• غياب التصبيخ المعمم؛ غائباً ما يكون غياب التصبيخ المعمم وراثياً أو ولادياً كما في بيلة الموموسيستثين histidinemia وبيلة المونيات histidinemia وبيلة المنتيال كيتون phenylketonuria ومتلازمة Menkes ومتلازمة

• نقص التصبغ الموضع؛ قد يكون وراثياً أو ولادياً ينجم عن تناقص عدد الخلايا الميلانية كما في: البهق ومتلازمة piebaldism (نـمـوع جـزئـي) Waardenburg والـتصلـب الحـدبـي celerous

# أ- غياب التصبخ العمم:

### (۱)- اللهق albinism:

مرض وراثي يتميز بغياب اللون غياباً كاملاً أو جزئياً في كل من: الجلد والشعر والعينين ويطلق عليه اسم: المهق العيني الجلدي (OCA) oculor abinism (OCA). وقد يغيب لون العينين فقط ويطلق عليه اسم: المهق العيني albinism

ثلمهق أشكال سريرية كثيرة نتيجة وجود خلل في مورثات متعددة، بيد أن هناك علامات سريرية مشتركة تكل هذه الأشكال منها: الراراة ونقص الصباغ في شبكية العين ونقص

استجابة تعرضه للشمس	اللون الأساسي للجلد	تصنيف لون الجك (S.P.T)
لا يسمر ويحترق بسهولة	أبيض ناصع	نبط I
يسمر بصعوبة ويحترق بسهولة	أبيض شاحب	نمط II
يسمر بعد تعرض خفيف للشمس ويحترق بصعوبة	أبيض (حنطي)	نبط ۱۱۱
يسمر بسهولة ولا يحترق عادة	أسمر كاشف	IV نمطه
يسمر بسهولة ولا يحترق	أسمر	نيمك V
لا يحترق	أسود	نمط VI

صباغ القرحية ونقص حدة البصر.

(أ)- المهق العيني الجلدي: يحدث نتيجة طفرة تصيب المورثة المسؤولة عن خميرة الـ tyrosinase، وقد أطلق على هذا النمط اسم سلبى التيروزيناز tyrosinase negative.

ينتقل المهق بشكل صبغي جسمي متنح، وهناك ٤ أشكال سريرية لهذا النمط من المهق وهي:

- اللهق العيني الجلدي نمط (OCAI): وهو الأكثر شيوعاً
   ويقدر ب( \* \$ \* ) من الأشكال السريرية، يكون المصاب به متماثل
   المشائح. ويقسم قسمين:
- ♦ OCAIA: تغيب فيه فعالية التيروزيتان غياباً كاملاً ويذلك يكون الخرض شديداً. (غياب ثون الجلد والعينين غياباً كاملاً) مع انخفاض حدة البصر انخفاضاً شديداً (الشكل ).

ويزول فيه صباغ كامل الجلد والشعر والقزحية التي تصبح شفافة للضوء.

- ♦ المهق العيني الجلدي نمط\ (OCA1): تكون فيه فعالية التيروزيناز منخفضة فيكون لون جلد المريض ناصع البياض، ولون الشعر معدنياً بلون البلاتين، ومع تقدم السن قد يسمر هؤلاء المرضى ويصبح لون جلدهم أقل بياضاً، وقد أطلق على هذا النمط اسم: المهق ذي الطفرة الصفراء yellow (الشكل ٢).
- اللهق الميتي الجلدي تمط ٢ (OCA2): نسبة حدوثه ١/١٥٠٠٠ وهو شائع في إفريقيا . يطلق على المريض المساب



الشكل (١)

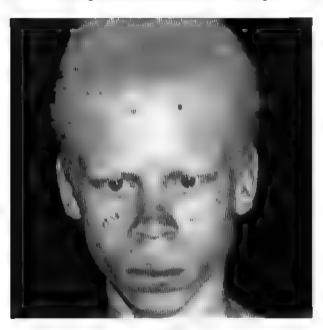


الشكل (٢) شعر بلون البلاتين وجلد ناصع البياض

اسم albinos، ويكون إيجابي التيروزيناز (+ tyrosinase) ينتقل بشكل صبغي جسمي مقهور، وينجم عن طفرة في المورثة P ويكون المريض ذا شعر أصفر وجلد أبيض ونمشات (الشكل ٣).

الهق العيني الجلدي تمطاع (OCA3): يكون فيه لون الجلد والشعر بنياً كاشفاً، وتكون العينان زرقاوين بنيتين مع رأزاة وانخفاض حدة البصر. وقد أطلق على هذا النمط اسم المهق الضارب للحمرة rufous albinism.

المهق العيشي الجلدي نمطة (OCA4): يشاهد هذا
 الشكل في اليابان خاصة، ويكون نقص تصبغ الجلد بدرجات



الشكل (۴)

مختلفة، ويرافقه رأرأة ونقص في حدة البصر، وقد شوهدت حالات في تركيا وفي ألمانيا ثهذا النمط من المهق ويكون فيه (+ tyrosinase).

- (ب)- اللهق الميني: تكون الإصابة عينية فقط، وترافقه الرأرأة وعدة اضطرابات.
- (٢)-متلازمات أخرى: يتشارك فيها المهق وأعراض سريرية مختلفة تنجم عن خلل في مورثات متعددة تصيب الخلية الميلانية والخلية العصبية والخلايا المناعية والخلايا الظهارية نمط [] للأمعاء. من هذه المتلازمات:
- متلازمة شدياق هيجاشي Chediak-Higashi: مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي متنح، يتظاهر بمهق عيني مع عوز مناعي.
- متلازمة هرمانسكي بودلاك Hermansky-Pudlak: مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي متنح، يتظاهر بمهق عيني جلدي وينزوف جلدية مخاطية وحشوية.
- متلازمة Griscelli أو ما يسمى بالمهق الجزئي مع عوز مناهي، مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي متنح، يتظاهر بلون الجلد الأبيض مع تصبغ خفيف وشعر فضي معدني لماع، وأورام حبيبومية مقيحة. الصيغة الدموية تظهر نقصاً في المعتدلات والصفيحات ونقص الغلوبيلينات المناعية. ترافق المرض اضطرابات عصبية شديدة (فرط توتر داخل القحف) (الشكل ٤).
- متلازمة Elejalde: ئادرة جداً، ثنتقل بشكل صبغي جسمي مقهور، وتتظاهر بلون جلد خفيف البياض وشعر فضي معدني لماع وإصابات عصبية أولية عميقة مع تخلف عقلي شديد منذ الطفولة، ويموت معظم المرضى في سن مبكرة (قبل سن الـ ٧٠ سنه).



الشكل (£) مهق جزئي

• متلازمة Cross- McKusick- breen: يطلق عليها اسم متلازمة Cross، تتميز بجلد أبيض وشعر أشقر معدني لاع واعتلال القرنية والرأزأة والتأخر العقلي وتليف اللثّة. وبيلة الفنيل كيتون مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي مقهور، يكون فيه لون الجلد فاتحاً جداً، ويكون الشعر أشقر والعينان زرقاوين. يحدث نتيجة طفرة في المورثة التي تنظم إفراز خميرة الدينات ويؤدي عوز هذه الخميرة إلى tyrosine إلى tyrosine ومن ثم طرحه عن طريق البول تراكم الفينل ألانين في الدم ومن ثم طرحه عن طريق البول حيث يمكن كشفه.

### ب- نقص التصبخ الحدد:

(١)- البهق vitiligo: مرض شائع، يعد مشكلة اجتماعية كبيرة للأشخاص والسيما لذوي البشرة الداكنة والسوداء. يتظاهر ببقع بيض ويزوال كامل الخلايا الميلانية في المنطقة المصابة.

الوياليات: نسبة حدوثه بين السكان ١-٢٪، يظهر في أي عمر، لكن ٥٠٪ من الحالات تبدأ ما بين سن ١٠و٣ سنة، وذكرت حالات ظهرت منذ الولادة. يصيب الجنسين بالتساوي وكل العروق. للوراثة شأن مهم وذكرت حالات في التوائم.



الشكل (٥) بهق ناحي

الآلية الإمراضية: السبب الرئيسي هو تخرّب الخلية الميلانية، وهناك ثلاث نظريات لتقسير هذا التخرب إضافة إلى الوراثة التي لها شأن في حدوث هذا المرض بنسبة ٣٠٪.

- نظرية المناعة الداتية.
  - نظرية عصبية.
- نظرية تدمير الخلية الميلانية بجذور حرة مؤكسدة.
   وقد تتضافر الأسباب الثلاثة السابقة إضافة إلى الوراثة لتحديد المرض.

الأعراض السريرية: يتظاهر البهق ببقع بيض بمساحة همم إلى هسم أو أكبر. تتسع تدريجيا وتتحد مؤدية إلى انتشارها في مساحات كبيرة. يتوزع البهق بشكل بؤري ويكون أحيانا متناظراً، أو بشكل ناحي قطعي segmental، أو قد يكون معمماً لكنه يترك بعض بقع صغيرة من المناطق المصطبفة. وأكثر المناطق إصابة بالبهق الأعضاء التناسلية وحلمة الثدي وهالته. وتصاب الأجفان وحول الأظفار، وتصاب الشفتان وفروة الرأس حيث يصبح الشعر في البقعة المصابة أبيض. تشاهد في البهق حادثة كوبنر Kobner على



الشكل (٦) بهق مئتشر



الشكل (٧) بهق على الوجه الحروق والجروح) (الأشكال ٥ و ٦ و٧).

البهق مرض سليم كان يطلق عليه قديماً اسم اليرص، والمشكلة الجمالية والاجتماعية هي سبب مراجعة المريض للطبيب. قد يرافق البهق أمراض غدية مناعية ولاسيما في الدرق، وقد وجد البهق أكثر شيوعاً مع فقر الدم الوبيل والداء السكرى والحاصة البقعية والصداف.

### التشخيص التفريقي: يجب تمييزه من:

- ♦ النجائية البيضاء؛ وهي شائعة في الأطفال تتوضيع على الوجه، تظهر في فصل الصيف وتكون مفطأة بوسوف دقيقة.
  - الوحمة البيضاء: غائباً ما تكون ولادية.
- ♦ النخالية البرقشة الناصلة: بقع بيض عليها وسوف خفيفة تصيب الجذع والرقبة وأحياناً الدراعين.
  - بعض الحروق الشافية.
- ♦ نقص التصبيغ التالي الاستعمال الستيرونيدات القوية موضعياً أو بعد الحقن.
- ♦ الجنام وخاصة الدرتي، ومن هنا جاء تخوف الناس
   من البهق بخلطهم بين المرضين إذ كان الأقدمون يطلقون
   اسم البرص على الجذام.

المعالجة: تستعمل مشتقات البسورالين موضعياً وتستعمل أحياناً بالطريق العام في معالجة البهق بالمشاركة مع الأشعة الضوئية (أشعة الشمس أو الأشعة فوق البنفسجية UV) ويطلق اسم الـ PUVA على المعالجة الكيميائية الضيائية البسورالين مع أشعة الUVI. وهناك طرائق حديثة للمعالجة مثل اللايزر (نمط اكزايمر)، وزرع الخلايا الميلانية والطعوم الجلدية والموهات. وتشير الدراسات الأمريكية إلى فائدة المعالجة بالسنيرون باكرا، أما في الحالات المعممة فقد يلجأ كالهيدروكورتيزون باكرا، أما في الحالات المعممة فقد يلجأ إلى معالجة البقع السليمة المتصبغة من الجلد بإزالة لونها وذلك باستعمال monobenzyl ether of hydroquinone.

(۲)- متلازمة طوكت - كوياناجي هارادا-Vogt-Koyanagi: تتميز هذه المتلازمة بعلامات بهق مع Harada syndrome : تتميز هذه المتلازمة بعلامات بهق مع شعر أبيض وحاصة واضطرابات سمعية، إضافة إلى إصابات عينية: مثل انفصال الشبكية والتهاب عنبة العين uvcitis.

(٣)- متلازمة فاردنيرة Waardenburg's Syndrome مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي قاهر، يتميز ببروز جذر الأنف والمنطقة ما بين الحاجبين مع خصلة شعر بيضاء في مقدمة الرأس ويقع ناقصة الصباغ وصمم ولادي وأعراض



الشكل (٨) عينان ذات لون مختلف



الشكل (٩)

عينية (اختلاف لون العينين) (الشكلان ٨ و٩).

(1)- النصوع الجزئي (رقطة) piebaldism: مرض نادر ينتقل بشكل صبغي جسمي قاهر، يتظاهر منذ الولادة بغرة بيضاء (خصلة بيضاء في مقدمة الرأس) ويقع ناصلة على الوجه الأمامي والخلفي للجذع وكذلك المعصم والدراعين والنطقة ما بين الحاجبين، كما قد تصاب الرموش (الشكل

(ه)- التصلب العجري (الحديي) tuberous sclerosis: يتظاهر ببقع بيض ذات أعداد وأقطار وأشكال مختلفة منذ الولادة - ويمكن الاستعانة بأشعة Wood لكشف البقع الخفيفة (الشكل ١١) - والأورام الوعائية الليفية (غدومات زهمية) الصغيرة بشكل حطاطات حمر بنية (الشكل ١٢) تظهر في مركز الوجه في سن مبكرة، والبقع الخشنة المسطحة المرتفعة قليلاً عن سطح الجلد البنية الفاتحة التي يطلق عليها اسم جلد سمك القرش (الشكل ١٣) أو الجلد بيطلق عليها اسم جلد سمك القرش (الشكل ١٣) أو الجلد بيطلق عليها اسم جلد سمك القرش (الشكل ١٣))



الشكل (۱۰- آ)



الشكل (١٠ - ب) نصوع جزلي

المحبّب shagreen patch وتتوضع على الجذع، والأورام القاسية الليفية التي تتوضع فوق الظفر ويطلق عليها اسم أورام كونن Koenen (الشكل ١٤) وتظهر بعد سن الـ ١٢سنة، وذلك إضافة إلى التأخر العقلي والصرع ويظهر التصوير الطبقي المحوري تكلسات عقيدية داخل القحف.



الشكل (١١) بقع ناصلة



الشكل (١٢) غدومات زهمية



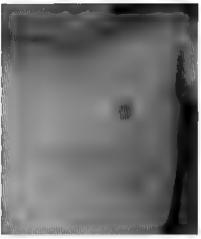
الشكل (١٣) جلد سمك القرش



الشكل (١٤) أورام كونن

- (٦)- نقص الملان إيتو Ito (السلس الصباغي الناصل): بقع ناقصة الصباغ غريبة الأشكال (رخام مهشم دوامات وأشكال نافورية من بقع شريطية ناقصة الصباغ شجرة عيد الميلاد المقلوبة) تتوضع غالباً على خطوط بالاشكو Blaschko (الشكل ١٥).
- (٧)- الوحمة زائلة التصبيغ (الناصلة) nevus depigmentosus: تصيب الإناث والذكور، تكون على شكل بقعة بيضاء مدورة أو مستطيلة تدوم مدى الحياة (الشكل ١٦).
- (A)- شقىص التصييخ المشارك للموز الخذالي hypomelanosis associated with nutritional deficiency: كما في داء كواشيوركور Kwashiorkor وعوز السيلينيوم.
- (٩)- نقص التصبغ في سياق الأمراض الجلدية التالية: التهاب الجلد التأتبي والصداف ولاسيما النقطي والأفات الإكزيمائية ونظير الصداف اللويحي والنخالية المبرقشة والنخالية الحزازانية المزمنة والحاصة الموسينية والفطار الفطاراني والحزاز المنبسط والنخالية البيضاء والذأب







الشكل (١٥)



الشكل (١٦) الوحمة زائلة التصبغ

القرصاوي المؤمن وجفاف الجلد المصطبع والجذام والميلانوما الخبيثة الناصلة. كل هذه الأمراض قد تترك بقعاً ناصلة بعد شفائها.

(١٠)- نقص التصبغ الناجم عن التعرض لمواد كيميائية أو رضوض فيزيائية: كالحروق والأشعة السينية والأشعة فوق البنفسجية...إلخ. أما المواد الكيميائية التي تسبب نقص التصبغ فكثيرة، منها الفينولات ومشتقاتها والمطهرات والبيدات الحشرية والريتينوئيدات والستيروئيدات والبنزويل

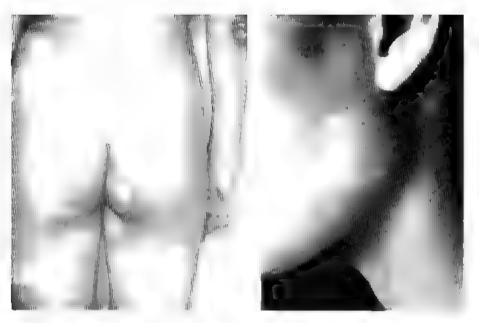


(١١)- نقص التصبغ المشارك للأخماج: كما في النخالية المبرقشة والجذام والإصابة باللولبيات الشكلان ١٧ و ١٨).

(۱۲)- وحمه الضلاب الملائية السالية ممانية المسالية oevomelanocytic nevus الوحمة الهالية تسمى أيضاً وحمة ساتون Sutton هي وحمة خلوية ميلانية محاطة بهالة بيضاء تنجم عن نقص عدد الخلايا الميلانية أو عن غيابها. تشاهد قبل سن الـ ۳۰ وغالباً ما تكون العلامة الأولى للبهاق.



الشكل (١٧) بقع شبيهة بالبهاق في سياق الإصابة باللولبيات في داء بنتا pinta.



الشكل (١٨) بقع ناصلة في سياق الجنام

سريرياً: وحمة خلوية مصطبغة في وسط دائرة بيضاء غطرها نحو ٥مم ذات حدود واضحة، وتشاهد هذه الأفة على لجذع خاصة.

التشخيص التفريقي: يجب التفريق بين الأفة والوحمة لفتوية لـ Spitz والليفوم الجلدي (الشكل ١٩).

## (١٣)- نقص تصبغ غير مرتبط بالميلانين:

• الوحمة الفقرمية nevus anemicus: تشير الدراسات الى أن الأوعية الدموية السطحية موجودة في هذه الوحمة الا أنها تبدي حساسية زائدة نجاه الكاتبكول أمينات، وهي بقع شاحبة مدورة ولادية تشاهد في الإناث خاصة تتوضع



الشكل (٢٠) الوحمة المقرمية



الشكل (١٩) وحمة الخلايا الملائية الهالية

على الصدر، العلامة السريرية الميازة هي عدم احمرارها . بالفرك (الشكل ۲۰).

 بقع بير Bier spots؛ بقع صغيرة وردية كاشفة تتوضع على الذراعين والساقين، تشاهد في اليفع وتصبح بيضاء حين ضغطها، وتعد حادثة فيزيولوجية وعائية.

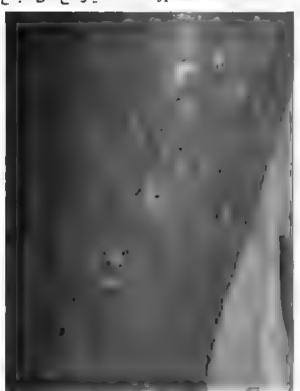
• حلقة وروتوف Woronoff's ring؛ نقص تصبغ حلقي يحيط بالبقع الصدافية بعد المعالجة نتيجة تقبض وعائي.

(۱٤)- متفرقات:

♦ نقص مالان نقطي هامض البشرة القائمة، والنساء hypomelanosis، والنساء اكثر إصابة بها من الرجال وذلك بعد سن الد 1، يتظاهر ببقع بيض صغيرة مدورة من مم إلى ٢سم ضامرة المركز ببقع بيض صغيرة مدورة من مم إلى ٢سم ضامرة المركز بلون البورسيلين يزداد عددها مع تقدم السن. تتوضع الأفات خاصة على الأماكن المعرضة للشمس (الساعدين والوجه الأمامي للأطراف السفلية) كما تكون الافات متناظرة وتعف عن الوجه (الشكل ٢١).

♦ وضح الجلد التقطي المكتسب leukoderma acquisitum وضح الجلد التقطي المكتسب الجدع خاصة، يشاهد في أشخاص عولجوا من قبل بأشعة الـ UVA-UVB.

progressive ملان الجذع البقمي الترقي macular hypomelanosis of the trunk



الشكل (٣١) نقص ملان نقطى غامق

يصيب الفنيات ما بين الـ ١٨ - ٢٥ من العمر، ويتظاهر بأعداد كبيرة من بقع كاشفة تتداخل مع بقع من جلد طبيعي وكثيراً ما تلتبس خطأ بالنخالية المبرقشة الناصلة. ينجم هذا المرض عن خلل في حجم الأجسام الميلانية وتوزيعها، يتراجع خلال ٣-٤ سنوات.

♦ وضع المتشردين vagabond's leukoderma: هي بقع ناقصة الصباغ منتشرة مع بقع مفرطة التصبغ نتيجة العوز الفذائي والإصابة بالجرب والقمل وتعاطى الكحول.

### ٧- نقص تصبح الأشعار:

• نقص الملان الخاص بالأشعار hypomelanosis of hair: alor

يتغير فيه ثون الأشعار تغيراً مرضياً: إذ يصبح ثون الشعر رمادياً نتيجة عوز غذائي (نقص الحديد والتوتياء) وفاقة دموية، أو نتيجة تعاطي بعض الأدوية مثل: -hydroxychloroquine .hydroxychloroquine

### • حادثة الشيب canities الفيزيولوجية:

يعد ظهور الشيب بعد سن معينة حادثة فيزيولوجية شيخوخية يبدأ بالصدغين ثم ينتشر إلى باقي فروة الرأس ثم إلى أشعار البدن كل ذلك نتيجة فقد الخلايا الميلانية فقداً تدريجياً.

ابيضاض الشعر الفاجئ sudden whitening of hair:
 ذكرت حوادث لشيب مفاجئ تشيه حوادث الثعلبة الشاملة الفاجئة.

# ثانياً - فرط الملان hypermelanosis:

يتم تمييز تمطون من فرط الملان.

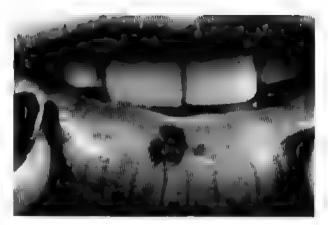
فرط ملان بضروي: يحدث نتيجة زيادة عدد الخلايا الميلانية ونتيجة زيادة كمية إنتاجها من الميلانين في البشرة. فرط ملان أدمي: يحدث نتيجة وجود الخلايا الميلانية والميلانين في الأدمة وفي البالعات الكبار.

### ١- فرط التصبخ البشروي:

 أ- الشامة اليسيطة lentigo simplex: هي شامة معزولة وحيدة تصيب أي منطقة من الجسم بما فيها الأغشية المخاطية الفموية والتناسلية وكذلك الظفر (الشكل ٢٢).

ب- الشامة الشيخية lentigo senilis: تكون غالباً متعددة، تحرض بالـ UV ويزداد عددها مع تقدم العمر، تشاهد في الأشخاص ذوي البشرة الفائحة. تتوضع خاصة على ظهر اليدين والوجه، لونها بني فاتح أو غامق ويراوح قطرها ما بين سنتمتر واحد إلى عدة سنتيمترات،

ج- النمش ephelides, freckles: بقع بنية صفيرة جداً لا



الشكل (٢٢) شامة بسيطة

يتعدى حجمها الـ ٢مم، تنتشر على المناطق المعرضة الأشعة الشمس (الوجه والرقبة والكتفين والظهر واليدين).

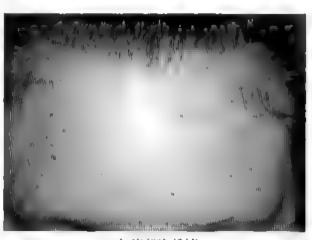
يتزايد عدد النمشات وحدتها في فصل الصيف، وتخف كثيراً في فصل الشتاء (وقد تتلاشى)، وأكثر ما يصاب بها اصحاب البشرة الفاتحة (نمط آ-II) وأصحاب الشعر الأحمر أو الأشقر.

المرض محدد وراثياً وينظاهر في أجيال متلاحقة ويظهر في المناطق نفسها. وهو يبدأ بالظهور من سن باكرة، ويتراجع مع تقدم العمر (الشكل ٢٣).

التشخيص التضريقي: يجب التضريق بين النمشات والشامات الصغيرة التي يكون عددها محدوداً، والنمشات الضيائية التي تشاهد في المسنين على ظهر اليدين والجبهة. تسيجياً: هناك زيادة في إنتاج حبيبات الميلانين فقط، أما عدد الخلايا الميلانية فيكون طبيعياً.

المالجة: الواقيات الضيائية والمعالجة بالبرودة وبالريتينوئيدات الموضعية وباللايزر.

د- داء الشامات الطفحي eruptive lentiginosis: تظهر



الشكل (٣٣) النمش

عدة مئات من الشامات في سن البلوغ أو المراهقة خلال مدة قصيرة نسبياً أما المأل فحميد، يجب تمييزها عن الشامات،

هـ داء الشامات الوحيدة الجانب الجزئية partial:

على شكل unilateral lentiginosis تتجمع فيه عدة شامات على شكل مجموعات تصيب نصف الجسم، تشاهد في اليضع وقد تظهر منذ الولادة. يعدها بعضهم شكلاً قَطُعياً من المرض الليفي العصبي neurofibromatosis segmental.

و- الشكل التوروث لداء الشامات في العرق الأسود inherited pattern lentiginosis in black: شامات غامضة تتوضع على الوجه والشفتين والنهايات تشاهد في السود.

ز- متلازمة ليويارد أو (متلازمة مايناهان)Maynahan( ن- متلازمة ليويارد أو (متلازمة مايناهان) syndrome دستطر بشكل صبغي جسمي ذي نفوذية مختلفة، يتألف من شامات كثيرة منتشرة، يبدي تخطيط القلب الكهربائي فيه اضطرابات النقل مع حصار الحزم الفصينية.

وترافقه اضطرابات عينية وتباعد العينين وتضيق رئوي ونمو متأخر وشذوذات تشكل في الأعضاء التناسلية وصمم (الشكل ٢٤).



الشكل (٢٤) متلازمة ليوبارد

ع- متلازمة بوتز جيكرز Peutz- Jeghers syndrome تنتقل بشكل صبغي جسمي سائد، تنجم عن طفرة تلقائية في ٢٠٪ من الحالات، تتظاهر سريرياً بشكل نمشات صغيرة، يراوح لونها مابين الأزرق إلى الأسود، تتوضع على الشفتين والأغشية المخاطية الفموية. وقد تتوضع على جسر الأنف والراحتين والأخمصين، تظهير منذ الولادة أو في سن الطفولة، أو بعد سن ٣٠ من العمر، تترافق النمشات سليلات polyps متعددة في الأمعاء الدقيقة تؤدي إلى نزوف هضمية متكررة تسبب فاقة دموية وألاماً بطنية، ليس لها معالجة (الشكل ٢٥).

ط- الكلف melasma) chloasma): فرط تصبغ ضيائي مكتسب يصيب المناطق المعرضة للضياء والسيما الوجه حيث تأخذ البقم اللون البنى الداكن.

سببه غامض idiopathic، وقد يتظاهر في سياق الحمل ويطلق عليه اسم قناع الحمل، ويتكون بسبب عوامل هرمونية (إستروجينات)، كما يلاحظ عند اللواتي يتناولن حبوب منع الحمل، أو قد يكون من منشأ دوائي (الكلوربرومازين أو دي فينل هيدانتوئين من منشأ دوائي (diphenylhydantoin). أما المزوقات ومواد التجميل فتسبب كلف المزوقات الذي يتظاهر بالتصبغات.

الوياليات: يشاهد الكلف في النساء في سن الشباب، ويصادف عند الأشخاص ذوي البشرة الداكنة (سكان البحر



الشكل (٢٥) متلازمة بوتز جيكرز



الشكل (٢٦) الكلف

الأبيض المتوسط وإسبانيا والهند وشعوب جنوب أمريكا). الألية الامراضية: مجهولة.

العلامات السريرية: يتظاهر الكلف ببقع مفرطة التصبغ يراوح لونها بين البني الضائح إلى الأسود، وغالباً ما تكون متناظرة وذات حواف مشرشرة تتوضع في منتصف الوجه على الوجنتين والجبهة والأنف والجفن العلوي والذقن والشفة العليا حيث تبدو بمظهر الشارب، ونادراً ما تتوضع البقع على الفلك وأحياناً على ظهر الساعد. يظهر الفحص بأشعة Wood البقع الصباغية على نحو واضح وجلى (الشكل ٢٦).

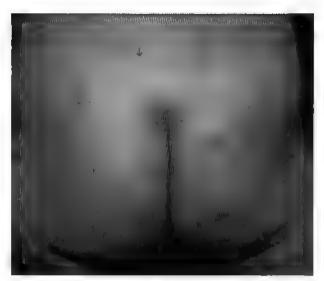
التشريح الرضي: يظهر زيادة إنتاج جسيمات الميلانين وتوزعها.

الإنتار؛ الكلف سليم ولكنه يسبب للمصاب مشكلة جمالية ونفسية.

التدبيره

- ♦ إزالة السبب إن وجد (ولاسيما الدواء).
- ♦ الوقاية من الشمس باستعمال الواقيات الضيائية ذات الفعائية العالية.
- موضعیاً یمکن استعمال الهیدروکینون ۲-۱٪ وکذلك
   حمض الغلیکولیك وحمض الكوجیك acid kojic. النتائج
   ضعیفة.

ي- بقع القهوة بالحليب café au lait macules: هي بقعة وحيدة في ١٠٪ من الحالات، بنية اللون كاشفة ذات حدود واضحة غير منتظمة، يراوح قطرها مابين ٥-٥١مم، قد تظهر بعد الولادة وقد تختفي مع تقدم السن. ويلاحظ أيضاً حدوثها في متلازمة ليوبارد. وإن ظهور بقع متعددة وحدها



الشكل (٢٧) بقمة القهوة بحليب

يدل على الإصابة بالمرض الليفي العصبي (الشكل ٢٧). ك-وحمة بيكر Becker's nevus: تشاهد في الذكور بنسبة ١/٢٠٠ ويغلب أن تظهر في سن البلوغ وحيدة الجانب حجمها



الشكل (٢٨) وحمة بيكر



الشكل (٢٩) وحمة بيكر

مختلف أحياناً، وقد يصبح قطرها أكبر من ٢٠سم، غير منتظمة مصطبغة تأخذ اللون البني الكاشف، وتكون مشعرة بأشعار سود خشنة وغليظة. تصيب الكتف والجذع العلوي فوق الثدى والظهر (الشكلان ٢٨ و٢٩).

ل-الوحمة البقعية nevus spilus: بقعه مصطبغة مرقطة بنقط سود مبعثرة محددة بشكل جيد بحجم٣-٣سم، تصيب أي منطقة من الجسم. وقد تتسع حتى تصل إلى ٣٠سم (الشكل ٣٠).

م- قرط الملان التالي الأمراض التهابية: تترك بعض الأمراض الجلدية بعد شفائها فرط تصبغ في المناطق المصابة، منها: التهاب الجلد التماسي والحزاز المسطح والنخالية الوردية والبلاغرة pellagra، وتنجم عن عوز في الدiniacin. تظهر الأعراض على المناطق المكشوفة حيث تشاهد أفات تترك فيما بعد تصبغات اسودادية محددة (الشكل ٣١).



الشكل (٣٠) الوحمة البقعية



الشكل (٣١) فرط اللان

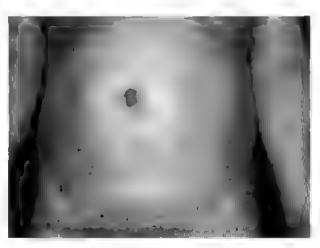
التهاب الجلد الضيائي التماسي dermatitis وحدث فرط التصبغ نتيجة تطبيق بعض الواد التي تحوي مادة البسورائين الموجودة في بعض العطور أو النباتات، يبدأ المرض باندفاع فقاعي بعد ٢٤-٨٤ ساعة من التماس والتعرض للشمس، ثم تحدث في مرحلة الاحقة بقع مفرطة التصبغ بعد التعرض الشعة الشمس بـ ٧-١٠ أيام تدعى هذه الحادثة التهاب الجلد القالادي dermatus

#### فرط مالان وراثى:

ن- هاء خلل الصباغ المهم الوراثي cuniversalis hereditaria مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي عاهري مسمي قاهر. تظهر العلامات السريرية في سن مبكرة، يكون التصبغ شبكي المظهر معمماً وتصاب الراحتان والأخمصان والأغشية المخاطية أو تصاب أحياناً ملحقات الجلد (الأظفار والأشعار) (الشكل ٣٢).

س- فرط التصبيغ حول الحجاج المائلي periorbital hyperpigmentation: يطلق عليه ايضاً اسم الهالات السود حول العينين يكون الجلد في هذه المنطقة قاتم اللون (بنياً أو حتى أسود) وخاصة في النساء السمراوات، وغالباً ما يكون ذا منشأ وراثي يصيب أصحاب البشرة الداكنة ولاسيما سكان البحر البيض المتوسط وإيران والباكستان والهند. المعالجة غير مجدية.

ع- فرط المائن المترقى العائلي familial progressive جسمي hypermelanosis مرض وراثي ينتقل بشكل صبغي جسمي قاهر مع نفوذية متغايرة. يظهر منذ الولادة على شكل فرط تصبغ بقعي يزداد تدريجياً بالمواقع والعدد، ومع تقدم السن يظهر فرط التصبغ على الملتحمة ومخاطية الضم. يضرق



الشكل (٣٢) خلل الصباغ الممم

بين فرط الميلان المترقي العائلي والأفات مضرطة التصبيخ الأخرى بوجود بقع غريبة الشكل ذات حدود واضحة من فرط التصبغ.

## الله التصبغ الشبكي reticulate hypermelanosis:

- (۱) مرض ديفوس- دوفلينغ Dowling-Degos: مرض وراثي نادر ينتقل بشكل صبغي جسمي قاهر يتميز ببقع مصطبغة بلون بني أسود شبكية الشكل في منطقة الإبطين والغبنين والرقبة وما بين الأليتين والدراعين، يشاهد في البالغين والكبار، يرافق فرط التصبغ هذا اندفاعات عدية (زؤانات وأكباس) في منطقة عظم القص والإبطين، يجب التضريق بينه وبين الشواك الأسود الذي يشاهد فيه فرط تحلم في المنطقة المصابة.
- (٢)- خلل التقرن الولادي dyskeratosis congenita: مرض وراثي نادر له شكل مرتبط بالجنس وشكل آخر ينتقل بالصبغي الجسمي بشكل قاهر، يتميز بقرط تصبغ شبكي وفرط تقرن وضمورات في الراحتين والأخمصين وضمور الأظفار وطلاوات في الأغشية الفموية تتحول فيما بعد إلى سرطانات شائكة الخلايا.

#### ص- ملان الأطراف acromelanosis:

- (١)- ملان الأطراف المنتشر diffuse: فرط تصبغ منتشر على الأصابع يئتقل بشكل صبغي جسمي قاهر، يبدأ منذ الطفولة المبكرة، يشاهد في ذوي البشرة الفامقة.
- reticulate تصبيغ النهايات الشبكي تعوهي acropigmentation of Dohi
- (٣)- تصبغ الأطراف الشبكي لكيتام وreticulate; (٣)- تصبغ الأطراف الشبكي لكيتام وراثي ينتقل بشكل مبغي جسمي قاهر، يتميز ببقع شبكية شبيهة بالتمشات تصيب ظهر اليدين والقدمين والراحتين والأخمصين لا تلبث أن تنتشر في الجسم.

#### ق- فرط الثلان المنتشر hypermelanosis diffuse:

- (۱)- قرط الملان الأساسي المنتشرة يصيب المناطق المصطبغة على نحو طبيعي من الجسم بزيادة حدة تصبغها، كما يظهر فرط تصبغ في نقاط الضغط والارتكاز (الفقرات والبراجم والركبتين والمرفقين) والخطوط الراحية الأخمصية والندبات.
- (٢)- مرض أديسون Addison's disease: يحدث نتيجة قصور كظري، يتظاهر بفرط تصبغ منتشر يزداد وضوحاً في المناطق المصطبغة بشكل طبيعي، وكذلك أماكن الضغط والرضوض والندبات والثنايا

والخطوط الراحية. كما تصاب الأغشية المخاطية بفرط تصبغ (الشفتين والفم تكون واضحة). ويرافق كل ذلك علامات سريرية عامة كفقد الوزن والوهن العام والإسهالات والإقياءات وهبوط الضغط. ويحدث التصبغ بزيادة إنتاج الهرمون المنبه للخلايا الميلانية (MSH) بسبب قصور قشر الكظر. يشخص المرض بالفحوص المخبرية.

- قرط التصبيخ المنتشر الشبيه بمرض أديسون addissonian-like hyperpigmentation: هناك أمراض عديدة تبدي قرط تصبغ شبيه بمرض أديسون، منها: مرض الصباغ الدموي والداء السكري وتشمع الكبد.
- داء العبياغ الدموي hemochromatosis: يبدو الجلد باللون البرونزي (نحاسي) أو اللون البني الأسود مع زيادة حدة التصبغ في المناطق المعرضة للضياء. ويحدث فرط التصبغ نتيجة تساقط الميلانين وترسب المهيموزيدرين hemosiderin في الجلد. وترى إصابة الأغشية المخاطية في ١٠٠٪ من الحالات.
- متضرقات: أمراض عديدة أخرى يمكن أن تسبب فرط تصبغ مكتسب مثل: البورفيريا الجلدية المتأخرة أو الأجلة والقصور الكلوى المزمن وعوز الفتيامين ب١٢٠.
- :dermal hyperpigmentation هُوهُ النَّصِيعُ الأَدمي -٢
- أ- البقعة المنفولية أو داء الخلايا الملانية الجلدي الولادي mongolian spot or congenital dermal melanocytosis: البقعه المنفولية هي بقعة أو عدة بقع زرق كاشفة تتوضع على المنطقة القطنية العجزية أو على الأرداف في الوليد، تراوح مساحتها بين سنتيمتر واحد إلى عدة سنتيمترات (تفطي أحياناً كامل الظهر) لتلاشى تدريجياً مع تقدم السن (الشكل ٣٣).

ب- وحمة أوتا Ota (داء الخلايا الميلانية العيني الجلدي)
nevus of Ota (oculodermal melanocytosis)

وحمة أوتا هي شكل من أشكال فرط التصبغ الموضع، بصيب الجلد والأغشية الخاطية التي يعصبها الفرع الأول والثاني للعصب مثلث التوائم. يبدو فرط التصبغ بلون بني أو أزرق وتصاب كل من المناطق: حول الحجاج وفوق الحاجب والصدغ والخد، وصلبة العين من الطرف نفسه وقبة الحنك، كما تصاب الملتحمة في الأطفال أحياناً. تشاهد وحمة أوتا عند الشعوب الأسيوية وفي الهند، تظهر الإصابة منذ الولادة أو في سن مبكرة وأحياناً في مرحلة البلوغ لكنها لا تنتقل



الشكل (٣٣) اليقعة التغولية





الشكل (٣٤) وحمة أوتا





بالوراثة وتدوم مدى الحياة (الشكلان ٣٤ و٣٠).

المالجة: للمعالجة باللايزر نتائج جيدة. والتحول إلى ميلانوما خبيثة نادر جداً.

ج-وحمة إيتو nevus of Ito: وهي شبيهة بوحمة أوتا، وقد توجدان معاً، وتتوضع في منطقة توزع العصب فوق الترقوة الخلفي والعصب العضدي الجلدي الوحشي لتشمل الكتف من طرف واحد وقد تمتد إلى الذراع.

د-السلس الصباغي incontinentia pigmenti: يطلق عليه أيضاً اسم مرض سلزيورغر Sulzberger، وهو مرض وراثي سائد يبدأ في الطفولة الباكرة مرتبط بالصبغي X، يصيب الفتيات وتموت الأجنة الذكور عادة. يمر الرض يعدة مراحل

• الرحلة الحويصلية: تظهر فيها عدة اندفاعات فقاعية حويصلية خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة وذلك في أماكن الإصابة.

المرحلة الثؤلولية: تبدأ في الظهور في الأسبوع السادس:
 تحل محل الاندفاعات الثؤلولية.

ومرحلة التصبيغ: تظهر في العام الأول من العمر بيقع



الشكل (٣٦) مرحلة التصبغ في السلس الصباغي

مصطبغة على شكل دوامات ونوافير تتبع غالباً خطوط بلاشكو Blaschko، تدوم هذه المرحلة عدة سنوات (الشكل ٣٦)،

● المرحلة الرابعة: تظهر في بعض المرضى وبعد سن البلوغ ببقع ناقصة الصباغ أو ضمورية ولاسيما على النهايات. ينجم السلس الصباغي عن طفرة في المورثة nemo الموجودة على الصبغى 428٪، وإذا ما أصابت الذكور كانت مميتة.

وهناك شكل خاص من السلس الصباغي الناصل يطلق عليه اسم مرض Ito تكون الأعراض السريرية فيه مماثلة تماماً للسلس الصباغي، أما اضطراب التصبغ فيكون بشكل سلبي أي تكون البقع ناصلة بيضاً، وهذا الشكل من السلس اللاصباغي يصيب الذكور والإناث.

ه- الداء النشوائي البقعي macular amyloidosis: بقع شبكية مصطبغة حاكة بشدة تصيب النساء قبل سن الـ ٣٠، وتتوضع في أعلى النظهر والأرداف والصدر(الأضلاع) والدراعين وفوق عظم الترقوة، يكون الاندفاع متناظراً ويحدث التصبغ نتيجة الحك غالباً.

و- الاندفاع الدوالي الثابت fixed drug eruption: يبدو بشكل بقعة أو عدة بقع حمر تظهر خلال ٢٤-٨٤ ساعة بعد تعاطي الدواء المسبب، ويتكرر ظهور هذه البقع حين يتكرر استعمال الدواء من جديد، كما قد تغطي البقع فقاعات أو حويصلات تنسلخ وتنز سائلاً مصلياً ثم تشفى تاركة مكانها فرط تصبغ، والأماكن المختارة للاندفاع الدوائي الثابت هي الأعضاء التناسلية ولاسيما في الذكور والأغشية المخاطية. الأدوية المسببة عديدة أهمها مسكنات الألام والسلفا والفينيةوئين والفينول فتائلين والسكينات.

ن- التصبيغ الدوائي المنتشرة يؤدي تناول عدد كبير من الأدوية إلى فرط تصبيغ أزرق رمادي يصيب المناطق المعرضة للنضياء، من هنه الأدوية: phenothiazine وamiodycline.

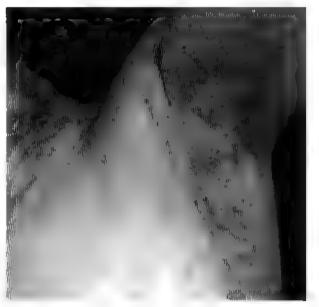
وقد يدوم فرط التصبغ هذا من ١٧-٣٣ شهراً بعد إيقاف الدواء (الشكل ٣٧).

ح- الحمامى بخلل التلون الدائمة erythema: تظاهر ببقع بلون رمادي أزرق ويأحجام مختلفة قد تغطى مساحات كبيرة (الشكل ٣٨).

ط- ملان ربل Riehel's melanosis: يبدأ المرض بحكة وحمامى ثم تصبغ الجبهة ومنطقتي الوجئتين وجانبي العنق وخلف الأذنين وباقي المناطق المعرضة للضياء. تكون



الشكل (٣٧) تصبغ دوائي



الشكل (٣٨) حمامي بخلل التلون

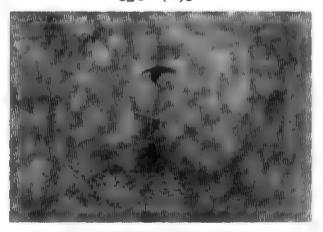
البقع بنية أو قاتمة، تصيب النساء خاصة، وأكثر ما وصف المرض في اليابان وذلك نتيجة استعمال بعض المزوقات والعطورات وسوء التغذية. تتطلب المعالجة إيقاف استعمال المواد المسببة (الشكل ٣٩).

ي- حمامي الاصطلام erythema Ab igne: فرط تصبغ شبكي رخامي الشكل (مرمري)، يحدث نتيجة التعرض لصدر حراري متكرر (مدفأة أو سخان كهريائي). يتوضع خاصة تجاه الأطراف السغلية أو أي منطقة من الجسم، ويتراجع هذا التصبغ ببطء (الشكل ٤٠).

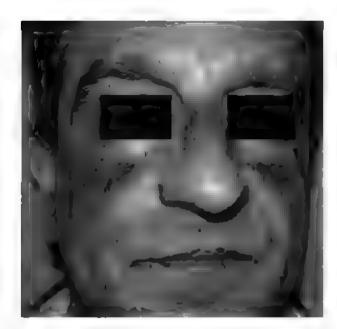
ثاب بيلة الكابتون alkaptonuria تصبغ أزرق رمادي يصيب منطقة الإبطين والصلبة ومنطقة الوصل الضلعي



الشكل (٣٩) ملان ريل



الشكل (٤٠) حمامي الاصطلاء



الشكل (٤١) تصبغ الوجه ببيلة الكابتون

الفضروفي والمغين والوجه على شكل فراشة (الشكل ٤١).

ل- اضطرابات اللون الناجمة عن المعادن metallic: تنجم عن ترسب النرات المعدنية في الجلد وتكون من منشأ داخلي تأتي عن طريق الدم (تسهمات دوالية أو صناعية). أو من منشأ خارجي (تطبيق موضعي).

● التفضيض argyria؛ بشاهد اضطراب التصبيغ على المناطق المعرضة للضياء؛ كما تصاب الملتحمة والصلبة ومخاطية الفم والأظفار. أحياناً يكون التصبيغ أزرق فضياً بلون (الأردواز). المواد المسبية: قطرات العين ومراهم الحروق والمقويات المستعملة عن الطريق العام التي تحوي كلها مركبات الفضة.

الزرئيخ arsenic: قد يؤدي الزرنيخ إلى حدوث تسممات
 حادة أو مـزمـنـة، ويـؤدي الـتسـمم المزمـن إلى فـرطـ تصبـخ

ولاسيما في الثنايا المغبنية وهالات الثدي، كما يؤدي إلى فرط تقرن راحي أخمصي موضع مميز للتسمم بالزرنيخ إضافة إلى إحداثه أحيانا نقص تصبغ مبعثر في المناطق المصطبغة، تتراجع أعراض المرض فيما إذا زال السبب أو قد يدوم مدى الحياة، وقد تظهر سرطانات جلدية من نمط السرطانة حرشفية الخلايا أو ميلانوما خبيثة لا ميلانية في المرضى الذين يعالجون بهذه المادة وذلك من ٢-٢٠ سنة بعد حوادث التسمم، كما ذكرت حالات من سرطانات قاعدية الخلايا ومرض بوقن Bowen في هؤلاء المرضى، يحدث التسمم المزمن بالزرنيخ نتيجة شرب المياه الملوثة به فترات طويلة أو نتيجة تعاطي بعض الأدوية التي يدخل في تركيبها الزرنيخ والتي كانت تستعمل قديماً لمعالجة الربو القصبي والصداف (سائل فاولر Fowler).

- الرصاص lead: يؤدي التسمم بالرصاص إلى ما يسمى
   بسحنة الرصاص حيث يصبح لون الجلد فيها شاحباً بلون
   الحثة.
- النهب العالجة التهاب المضاب النهب المالحة التهاب المضاب الرثواني rheumatoid arthritis، والمعالجة المديدة بهذا المركب تضفي على الجلد لونا أزرق بنفسجياً، ويصاب الوجه وظهر اليدين والأجفان. وتزداد حدة التصبغ بعد التعرض للضياء، ينصبح المرضى المعالجون بأملاح النهب بعدم التعرض لاشعة الليزر من نمط Q-Switch Ruby Laser.
- م- اضطراب اللون بمادة الكانتاكزانتين canthaxanthin: توجد هذه المادة في كثير من النباتات والكائنات البحرية ولاسيما الرخويات. والإكثار من تعاطي هذه الأطعمة يعطي لوناً أسمر ذهبياً برتقالياً، كما يصبح كل من البلازما والبراز بلون القرميد، أما الشبكية فتبدي ترسبات ذهبية اللون.

## أمراض الجُريبات الزُهميَّة، وأمراض الفُدد العَرَقيَّة

رشيد الشاعر

## تضم هذه الأمراض ثلاث مجموعات رئيسة هي:

- أمراض الجريبات الزهمية sebaceous follicles
- أمراض الغدد العرقية الناتحة eccrine sweat glands.
- المراض الفدد المراقبة المفترزة apocrine sweat glands.

## أولاً- أمراض الجريبات الزهميَّة:

تشمل أمراض الجريبات الزهميّة أ**ربعة أقسام هي:** التهاب ما حول الفم perioral dermatitis والعدّ الشائع vulgaris acne والأشكال الخاصنة للعد والعد الوردي (وردية الوجه rosacea).

## ١- العُدُ الشائع:

يكون مرضى العد الشائع نسبة كبيرة من مراجعي العيادات الجلدية في أنحاء العالم، وأشد ما تكون حدته في فترة المراهقة، وهو مرض محدد لناته، ولكن يفضل علاجه لما له من تأثيرات جانبية نفسية (اكتثاب وانعزال عن المجتمع)، وجسمية (ندبات وتصبغات) ذات شأن ولاسيما أنه يحدث في سن يُهتم فيها بالمظهر الخارجي اهتماماً خاصاً.

تشأة الغدد الزهمية وتركيبها: تنشأ الغدد الزهمية في جنين الإنسان خلال الأسبوع الثالث عشر إلى الرابع عشر من الحياة الجنيئية، حين تتطور بشكل برعم من الجريب الشعري الناشئ، وتبقى هذه الغدد بعد تمام تكوينها متصلة بالجريب الشعري عبر قناة تنقل الزهم إلى قناة الجريب التي تنقله إلى سطح الجلد. وتنعدم الغدد الزهمية في الراحتين والأخمصين لخلوها من الأجرية الشعرية.

وقد توجد غدد زهمية منتبئة ectopic متوضعة على الأغشية المخاطية في الشفتين وباطن الخدين، يكون الغشاء المخاطي عندها ضخماً، وتدمى بقع فوردايس Fordyce حيث تفتح قنوات الفدد الرهمية على سطح الغشاء المخاطي مباشرة.

لا يتعدى حجم الغدد الزهمية أجزاء المليمتر، ويوجد أكبرها وأكثرها كثافة في الضروة والوجه (ولاسيما في الأنف حيث الأشعار زغبية)، تفرز الغدد الزهمية الزهم بطريقة الإفراز الكلي حيث يفرغ كامل محتوى الخلية لذلك تكون الخلايا المحيطية في الغدة خالية من الزهم، وبالانتقال باتجاه فوهة الغدة تمتلئ الخلايا بالزهم، أما الخلايا الواقعة في فوهة الغدة فخالية من كل المحتوى وتبدي فقط الغشاء الخلوي.

ولا يصل إلى سطح الجلد سوى الدهون المعتدلة، أما البروتينات والحموض النووية وفوسفوليبيدات الغشاء

الخلوي فتهضم ويعاد استخدامها في خلايا الغدّة.

تكون الغدد الزهمية نشيطة جداً حين الولادة ويقل نشاطها إلى أن تتوقف تقريباً بعمر السنتين إلى ست سنوات، وتعود بعدها تدريجياً إلى النشاط بعمر السابعة وتكون بكامل فعاليتها ونشاطها في مرحلة الراهقة، ثم يبدأ إفرازها بالتناقص ابتداء من العقد الثالث (ينقص ثلاثة وعشرون بالمئة في الانكور واثنان وثلاثون بالمئة في الإناث في كل عقد من العمر، والذكور أكثر إنتاجاً للزهم من الإناث على العموم. تركيب الرهم، يحتوي الرهم على السكواليين الكولستيرول واسترات الشمع والكولستيرول واسترات الشمع

تفكّك انزيمات الجراثيم بعضاً من الشحوم الثلاثية خلال مرورها في الجريب الشعري، فيُصل الرّهم إلى سطح الجلد حاوياً -إضافة إلى ما ذُكر- الحموض الدسمة الحرّة وكميّات قليلة من الشحوم الأحادية والثنائية.

والشحوم الثلاثية.

يضرَّق وجود السكوالين واسترات الشمع بين الزهم ويقيَّة دهون الجسم، إذ يتحوُّل السكوالين الذي تنتجه النسج الداخلية إلى لانوستيرول ومن ثم إلى كولستيرول، لكن هذا التحول لا يحدث في الأجرية الزهميَّة على ما يبدو.

العوامل المُؤثرة في إنتاج الرَّهم؛ لم تعرف الآلية الدقيقة التي تتحكّم في إنتاج الرّهم، ولكن هناك عوامل مؤكدة لها شأن في زيادة إنتاج الرّهم أو إنقاصه؛

آ- الإندروجينات عُرف منذ زمن طويل ضرورة وجود الأندروجينات لتنتج الغدد الزهمية كميات من الزهم، لكن ليس هناك تناسب طردي بين تركيز التستوستيرون والدي هيدرو تستوستيرون من جهة ونسب الزهم المنتج في الجسم من جهة ثانية، ويتبين أن إفراز الزهم يبدأ بالازدياد قبل حدوث البلوغ وقد يكون الركب كبريتات الدي هدروايبي أندروستيرون شأن في ذلك، ويذكر وجود إنزيمات (أهمها ه أندروستيرون شأن في ذلك، ويذكر وجود إنزيمات (أهمها ه الماريب إلى أندروجينات أقوى فعالية.

ب الريتتوليدات: إن أقوى مركب دوائي متبط لإفراز الزهم هو الإيزوتريتنوئين، الذي ينخفض فيه إنتاج الزهم انخفاضاً ملموساً بعد استعماله بأسبوعين فقط، ولا زائث ألية حدوث ذلك مجهولة، إلا أن الإيزوترتنوئين دواء مشوّه للأجنة وهذا ما حد كثيراً من استعماله.

ج- الميلانوكورتين: يشير اصطلاح الميلانوكورتين إلى هرمونين هما الهرمون المحرض للخلايا الملانية (MSH) والهما شأن في والهرمون المحرض لقشر الكظر (ACTH)، ولهما شأن في تنظيم الإفراز الزهمي وما زال فهم الياتهما مجالاً للدراسات.

#### وباليأت العدد

كثيراً ما يعد العد حالة اعتبادية لكثرة شيوعه، وقد ترى أشكال بسيطة من العد حين الولادة وفي الفترة التي تليها لكنه لا يسبب مشكلة صحية إلا حين البلوغ، وتبلغ أعلى نسبة إصابة به من سن البلوغ حتى العشرينات، ويعدها تخف النسبة، مع احتمال استمراره حتى سن الأربعينات.

## الإمراض والسببيات في العدُّ:

هناك العديد من العوامل التي تؤدي إلى حدوث العد (مع بقاء السبب الأساس لحدوثه مجهولاً أو غير واضح على الأقل)، وأهمها أربعة هي: فرما تقرن الجريب الزهمي والجراثيم البروبيوئية العدية وزيادة إفراز الزهم والالتهاب.

أ- فرط تقرن الجريب الزهمي: هو التغير الأولى الذي يحدث في العد، ويؤدي إلى انسداد فوهة الجريب مشكلاً ما يعرف بالزؤان comedo الذي يتظاهر بشكلين: نقط سود قد تحتوي الميلانين الناجم عن حطام الخلايا القرنية وذلك حين تكون فوهة الجريب مفتوحة والمادة القرنية ممرضة للهواء، ورؤوس بيض خين تكون فوهة الجريب ضيقة أو شبه مسدودة.

ب- الجراثيم البروبيونية العدية: هي العنصر الغالب في النبيت الجرثومي للجريب الزهمي علماً بأن أعدادها تكون قليلة جداً في الجلد غير المصاب بالعد وذلك في سن الحادية عشرة إلى الخامسة عشرة، لترتفع بعد ذلك إلى أكثر من مئة ألف جرثومة في السنتيمتر المربع عندما يصاب الجلد بالعد لتعود وتنخفض أعدادها بعد سن العشرين، ذلك أن لهذه الجراثيم شأناً مهماً ليس في الخمج فحسب بل في الالتهاب أيضاً؛ فهي مصدر مهم لإنزيم الليباز الذي يحل الدسم مطلقاً الحموض الدسمة الحرة التي تؤدي إلى حدوث الالتهاب، كما تطلق هذه الجراثيم إنزيمات أخرى أهمها الهيالورونيداز والبروتياز التي لها شأنها في التهاب النسيج خارج الخلوي.

ج- يمكن استنتاج ارتباط حدوث العد بضرط إنتاج الزهم من ثلاث ملاحظات هي: ندرة حدوث العد في السن التي يقل فيها الإفراز الزهمي، وأن معدل إفراز النزهم أعلى في المصابين بالعد، وأن العلاجات التي تقلل الإفراز الزهمي تحسن العد أيضاً.

## تظاهرات العد السريريَّة:

أكثر ما يظهر العد على الوجه وعلى نحو أقل على الصدر والظهر والكتفين، وتكون الأعراض متعددة على نحو عام وتتظاهر بزؤانات مفتوحة (سود) (الشكل ١) أو مغلقة (بيض) وحطاطات حمر ويثرات أو عقيدات إضافة إلى ندبات متنوعة الشكل ٢).

## التشخيص التفريقي للعداء

تشخيص العد الشائع سهل ولكنه قد يلتبس بالتهاب الأجرية الشعرية أو بالعد الوردي أو بالاندفاعات عدية الشكل أو الذاب الدخنى المنتشر،

المُوجودات المُحْبِرِيَّة؛ نادراً ما تُطلب الفحوص المُحْبِرِية إلاَّ إِذَا كَانَ هَنَاكَ شَكَ بُوجِود فرط نشاطُ هرموني.

## الرضيات

الرَوْان هو الأَفَة الأُولِية في العد الشائع، وهو يتظاهر بشكل كتلة من القرنين والزهم، ولكنها حين تكبر تؤدى إلى



الشكل (١) العد الشائع: تشكل زؤانات سوداء



الشكل (٢) العد الشائع: تشكل حطاطات ويثرات وندبات

توسع جدار الجريب الزهمي، ثم إلى تمزقه تدريجياً وخروج محتوياته إلى الأدمة، وبحسب، درجة تطوّر الأفة ترى أشكال مختلفة للعد منها الزؤاني والبثري أو العقيدي، ويرى في الأفات المزمنة تليف أو سبل قنوية متعددة.

#### العلاج:

ليس من السهل وضع خطة علاجية محددة لمرضى العد بسبب تعدد المظاهر السريرية والاستجابة المكنة للدواء الغفل، ولكن العلاج يتوجه إلى السببيّات الأربعة الرئيسة.

أ- العلاج الموضعي، قد يفيد الغسيل المتكرر من الناحية النفسية حين وجود فرط إفراز زهمي على سطح الجلد ولكن ليس هناك ما يؤكد تأثيره في آليات العد، وقد استعملت عدة علاجات موضعية أهمها:

- الرتينوليدات الموضعية (كالتريتينوين أو التراروتين)
   ولها فعل كبير في حل الزؤانات ولكنها مخرشة ولو أن بعض
   المرضى يتحملها جيداً.
- البنزيل بيروكسيد: هو مضاد جرثومي قوي وحال للبشرة المتقرنة: لكنه يسبب جفاف الجلد وتخريشه والتهابه بالتماس أحياناً.
- الصادات الموضعية: أكثرها استعمالاً الاريتروميسين والكلينداميسين، وقد لوحظت زيادة مضاومة البروييونية العدية للصادات الموضعية فأصبحت تستخدم بالمشاركة مع البنزيل بيروكسيد.
- المستحضرات الحائة للتقرن: مثل حمض الصفصاف
   وحموض الفواكه ومستحضرات أخرى نباتية أو صناعية.

ب العلاج المجموعي، يقسم عدة مجموعات،

- الصادات ومضادات الجراثيم: يخفف التتراسكلين والمينوسيكلين من الحموض الدسمة الحرة وذلك بتثبيطه الليباز إضافة إلى فعلها المضاد للجراثيم، وجرعة التتراسكلين -70- ما ملغ/يوم، وجرعة كل من المينوسيكلين والدوكسيسكلين ما الملغ/يوم، ولا تعطى هذه المركبات للحوامل، والإعطاء بعض المضادات الحيوية الأخرى مثل الإريتروميسين والكلينداميسين والتريميتوبرين ووتريموكساسول نتائج جيدة.
- العلاج الهرموني: يمكن استعمال الإستروجين ومانعات الحمل، كما تستعمل الستيروئيدات أحياناً في حالات العد الالتهابي الشديد، إضافة إلى استعمال مضادات الإندروجين كالسيبروتيرون أسيتات أو السبيرونولاكتون.
- الايزوتريتنوين Isotretinoin: أحدث استعماله تغييراً كبيراً في علاج العد الشديد، ويتميز بإحداثه هجوعاً يمتد

سنوات، وقد استعمل بكثرة بالرغم من أعراضه الجانبية الزعجة التي منها التهاب الشفتين وجفاف الجلد والأغشية المخاطية والملتحمة وأحياناً الآلام المفصلية والصداع والأعراض الهضمية واضطراب قيّم الشحوم الثلاثية في الدم وتعداد الصفيحات ووظائف الكبد.

يستعمل المستحضر بجرعات تتراوح بين ١، ٥-٢ ملغ / كغ من وزن الجسم يومياً، ويجب إجراء الفحوص المخبرية للمراقبة كل ثلاثة إلى أربعة أسابيع، والحذر حين استمماله للنساء في سن الحمل لتأثيره المشوّه في الجنين إضافة إلى منع وصفه للحوامل.

- الحمية، ليس هناك أي دليل على فائدة الحمية، وبما
  أن للحالة النفسية دوراً مهماً في العد لذا ينصبح المرضى
  بالامتناع عن الأغذية التي يشعرون انها تزيد حالتهم سوءاً.
- العلاج الفيزيائي: استعملت الأشعة السينية السطحية في الماضي وتم التخلي عن استعمائها الأثارها الجانبية، وقلما تستعمل الجراحة القرية، ولا يوجد أي دليل على فائدة الأشعة فوق البنفسجية، وتجرى تجارب حالياً على بعض أجهزة الليزر التي أدن إلى نتائج متفاوتة.
- جراحة العد: كان لها شأن كبير في إزالة الزؤانات والبثرات قبل توافر الأدوية الحديثة، لكنها ما زالت مفيدة في بعض الحالات بالأيدي الخبيرة.
- حقن الستيروليدات داخل الأفات: وتستعمل لتقليل حجم الأفات العقيدية، يستعمل التريامسيئولون بتركيز ١,٥-١٠٨٨/ملغ/مل.

العقابيل: من أهم العقابيل sequelae التي يخلفها العد الندبات بأنواعها الضمورية والضخامية.

#### ٢- أشكال خاصة ثلعد:

أ- في الوليد: تظهر اندفاعات عدية الشكل في الولدان تتوضع على الأنف والوجنتين (الشكل ٣) تشفى عفوياً من دون أي علاج.

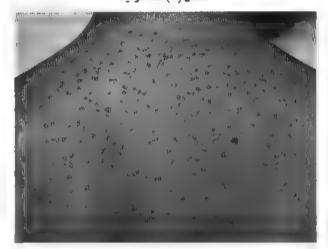
ب التهاب الأجرية بالستيروليدات: تصاب الأجرية الشعرية بالالتهاب بعد استخدام الستيروثيدات جهازياً أو موضعياً (الشكل ٤)، وقليلاً ما يحدث في هذا الالتهاب تشكلات زؤانية وكيسات وندبات.

ج- هد الهالوجيئات؛ تحدث اندفاعات عدية الشكل بعد استخدام اليود أو البروم.

ه- العد الدوائي: لوحظت الاندفاعات العدية الشكل بعد تناول أدوية متعددة منها الدي فينيل هدائتوئين والليثيوم والستيروئيدات.



الشكل (٣) عد الوليد



الشكل (٤) عد دوائي ستيروليدي

ه- عد العمل (عد الزيوت): يظهر حين التعرض غواد صناعية كمشتقات القطران والزيوت الكاربوهيدراتية. و- عد الزوقات: كان استعمال الزوقات (الشكل 6) يعد السبب الرئيس لحدوث الزؤانات في النساء سابقاً، لكن مع



الشكل (٥) عد الأزوقات

تطور الصناعة ووسائل اختبار المستحضرات التجميلية قلُ إحداث تلك المواد للزؤان في الوقت الحالي.

ن-العد الرضي (الميكانيكي)، تحدث اندفاعات عدية مكان الرض المتكرر (الثياب أو الأحزمة أو الأجهزة الرياضية).

ع- العد الكيب acne conglobata: شكل خاص من العد الشائع (الشكل ١)، تكون فيه الأفات شديدة الالتهاب وتكثر النواسير والندبات، يحدث هذا الشكل من العد في الذكور على نحو رئيسي ويكون سيره مديداً، وتنتشر اندفاعاته على الوجه والجذع والفخذين، وهو عصي على المالجة. وقد تفيد فيه الرتينوئيدات والستيروئيدات الجهازية.

ط- العد الخاطف acne fulminans: يبدو بظهور أفات ملتهبة متعددة مؤلة على الظهر والصدر ظهوراً مفاجئاً، سرعان ما تتقرّح ثم تشفى مخلفة ندبات. تحدث هذه الحالة في البفعان، ولا يصاب الوجه فيها، ويرتفع في هذا الشكل من العد تعداد الكريات البيض وترتفع الحرارة وتحدث آلام مفصلية. ويكون العلاج بالستيروئيدات والصادات الجهازية وقد تستعمل الرتينوئيدات كذلك.



الشكل (٦) عد مكبّب على الظهر

#### ٣- العد الوردي:

يسبّب اسم العد الوردي التباساً بالعد الشائع؛ ولذلك يفضل تسميته ورديّة الوجه.

الوياليّات: وردية الوجه مرض شائع خاصة في العرق الأبيض الأوربي الذي تصل فيهم نسبة الإصابة به إلى ٥٪ من السكان، ويندر حدوثه في ذوي الجلد الغامق.

تكون إصابة النساء ثلاثة أضعاف إصابة الرجال إلا أن الضاعفات في الرجال أكثر (ولاسيما فيمة الأنف).

الإمراض؛ يعتقد وجود عدة عوامل مؤثرة في حدوث وردية الوجه، لكن السبب الأساسي يبقى غامضاً، فالتوسع الوعائي والتوهج يوحيان بعامل وعائي ويتهم وجود الدويدية الجريبية Demodex folliculorum في الاندفاعات بالإمراض، كما أظهرت بعض الدراسات ازدياد الإصابة بالحلزونية



الشكل (٧) ورديّة الوجه

البوابية Helicobacter pylori، ولا توجد دراسات تثبت شأن الوراثة.

المُوجودات السريرية: تظهر وردية الوجه على الأنف والوجنتين والذقن والجبهة (الشكل ٧) ونادراً ما تمتد إلى منتصف الصدر.

وتتظاهر بحمامي وتوسع شعريات مع نوب من التوهج والبثور والحطاطات.

أشكال العد الوردي: قد تأخذ وردية الوجه أشكالاً أخرى غير الشكل التقليدي، ومن أهم هذه الأشكال:

أ-- وذمة الوردية المستمرة؛ يلاحظ فيها وذمة صلبة غير
 انطباعية في كل من الأنف والأجفان والقطب والخدين.

 ب- الوربية العينية: قد تبدأ قبل إصابة الجلد بسنوات وتتظاهر بالتهاب الأجفان والملتحمة والتهاب القزحية والجسم الهدبي والتهاب القرنية أيضاً.

ج- الوردية الثأبية: تحدث فيها حبيبومات تتظاهر
 كحطاطات أو درنات بنية محمرة وتتصف بسيرها المديد.

د- وردية الستيروئيدات: تحدث حين تعالج وردية الوجه فترة طويلة بالستيروئيدات الموضعية، إذ تستجيب الوردية في البدء للمعالجة لكنها تعاود بعد فترة بجلد رقيق مع زيادة الشعريات الدموية وتوسعها ثم لاتلبث البثور أن تعاود الظهور ترافقها حطاطات ودرنات وزؤانات.

الوردية المكبية: تكون فيها وردية الوجه مشابهة للعد
 المكبب مع خراجات وعقيدات نازفة ولويحات.

و- الوردية الخاطفة: وتقع في مرحلة وسطى بين العد المكبب وتقيح الجلد، تحدث فيها عقيدات كبيرة وخراجات ودمامل وبثرات تتشكل على نحو سريع.

ز- فيمة الأنف rhinophyma: (الشكل ٨) ينحصر حدوثها في النكور تقريباً إذ يكبر حجم الأنف خلال سنوات مرتبطاً بغرط تصنع الجريبات الزهمية وزيادة النسيج الضام إضافة للتليف وتوسع الأوعية والالتهاب العميق. وقد تحدث الضخامة في حالات نادرة في النقن أو الأجفان أو الجبهة أو الأذنين.

النسجيّات: تتفاوت المظاهر النسجية المرضية لوردية الوجية الوجية الوجية الوجية المحسب التظاهرات السريرية من توسع الأوعية الدموية واللمفاوية والارتشاح حول الأوعية والجريبات وزيادة الرنين elastin في الأدمة، وتتوضع الدويدية الجرابية في عنق الجريبات في كل أشكال وردية الوجه.

العلاج: تستعمل الصادات الموضعية ولاسيما الإربتروميسين والكلينداميسن والتتراسكلين، كما يستعمل المترونيدازول موضعياً وقد تفيد بقية الايميدازولات



الشكل (٨) فيمة الأنف

(ولاسيما الكيتوكونازول) موضعياً، ولكن يجب عدم استعمال الستيروئيدات (باستثناء الوردية الخاطفة والوردية المكببة)، وينبغي استعمال واق ضيائي واسع الطيف.

ومن الملاحظ حُسن استجابة وردية الوجه للصادات الجهازية كالتتراسكلين أو الدوكسيسكلين أو المينوسيكلين أو الاريتروميسين أو الكلاريثروميسين.

وفي الحالات المعندة يمكن إعطاء الاينزوترتينونين بجرعات أقل مما يعطى في العد الشائع، كما يغيد الميترونيدازول لكنه يحتاج إلى فترة شهر أو شهرين ليسيطر على المرض سيطرة جيدة.

أما في حالات فيمة الأنف فتستطب الجراحة أو التخثير الكهريائي أو التبريد أو السنفرة أو اللي زرات المتعددة كالايربيوم والأرغون وثاني أكسيد الكربون.

4- التهاب ما حول الفم:

هو التهاب جلد مزمن حول الغم يتظاهر بحطاطات



الشكل (٩) التهاب ما حول الفم

وبثرات، وأكثر ما يصاب به النساء الشابات (الشكل ٩).

السبيبيات؛ غالباً ما يظهر المرض فجأة بعد استعمال الستيروئيدات الموضعية مدة أسبوع أو أسبوعين، وتتضاقم الحال بعد كل محاولة الإيقاف الدواء.

التظاهرات السريرية: ينتشر هذا المرض حول الشفتين والمنخرين تاركاً حافة سليمة حول الشفتين، ويتظاهر بحطاطات صغيرة ويثرات تتوضع على سطح احمراري من دون توسع شعريات مرافق.

العلاج: يجب إيقاف الستيروليدات الموضعية، ويستجيب معظم المرضى للصادات الجهازية كالتتراسكلين والمينوسكلين والدوكسيسكلين التي يجب إعطاؤها مدة شهر أو شهرين. ثانياً - أمراض الغند العرقية الناتحة:

تنجم اضطرابات الغدد العرقية عن أسباب عديدة، منها عصبية (ابتداءً من مراكز التعرق الدماغية حتى مسير الحبل الشوكي والأعصاب الودية)، أو دوائية أو لاضطراب في الغدة العرقية أو في قناتها.

أهم أسباب طرط التصرُق hyperhidrosis الذي يصيب مناطق واسمة نسبياً هي:

١- قرط التعرق الذي يحدث في الإصابات العصبية والجهازية: كما في المصابين بتجوف النخاع الرضي، وفرط التعرق المحرق المحرق المحرق المحرق المتعرف المتعرف المديد يرافقه إصابة أعصاب محيطية أو بعد التعرض المديد للبرد، وفرط التعرق الذي يرافقه الإصابات الدماغية وأورام التجويف الصدري وداء هودجكن، وفرط التعرق المرافق المرافق

للأمراض الجهازية كالكارسينونيد والانسمام الدرقي ومتلازمة الإغراق وقصور القلب الاحتقاني وهيوط سكر الدم والسكري ومتلازمة سن الضهي، كما يحدث فرط التعرق في الانسمام الدوائي بالسيكلوبنزابين والفلوكسيتين والزئبق، ويعض الأخماج ولاسيما التدرن وفي التهاب الشفاف.

٧- فرط التعرق الموضع: قد يحدث فرط التعرق في مناطق صغيرة نسبياً لا تتعدى مئة سنتيمتر مربع مساحةً وذلك في الوجه أو الأطراف من دون أي سبب معروف، أو قد يحدث أمراض جلدية كالوحمة الزرقاء المطاطية والورم الكبى والوذمة المخاطية المؤلمة أمام الظنبوب.

 "- قرط التمرق العاطفي: وهو أكثر ما يواجه الأطباء في المارسة العامة ويقسم إلى:

أ- فرطات مرق الراحتين والأخمصين، يحدث فرط التعرق بسبب توتر انفعالي وقد يرافقه تسرع القلب. وعندما ببرد الجلد في هذه المناطق التي حدث فيها فرط التعرق يزداد تحريض الودي وبالثالي يزيد التعرق، علماً بأن فرط التعرق هذا ليس له ارتباط مباشر بالحرارة دلك أن مناطق السيطرة على التعرق تحت المهاد منفصلة عن بقية المراكز المسؤولة عن تنظيم التعرق في مناطق الجسم الأخرى.

يمكن السيطرة على فرط التعرق باستعمال كلوريد الألومتيوم بنسبة ٢٥٪ موضعياً أو استخدام حقن الذيفان اليوتوثيني؛ لكن المالجة بالتشريد الكهربائي باستخدام ماء الصنبور تبقى خياراً جيداً وآمناً.

يه قرط التعرق الإبطى: يحدث بألية مماثلة لجدوث فرط تعرق الراحتين والأخمصين غير أن فرط التعرق الإبطي يحرض بالحرارة إضافة إلى العوامل العاطفية. ومن الملاحظ أن الرائحة الكريهة لا تزداد في فرط التعرق الإبطي ما يعزز الرأي القائل إن الفدد المفترزة هي المسؤولة عن الرائحة، ويمكن التحكم بفرط التعرق الإبطي بوساطة تطبيق كلوريد الألومنيوم بنسبة ٢٥٪ أو حقن النيفان البوتوليني وهناك تقنيات حديثة لمص الشحوم المؤدي إلى تخريب الفدد العرقية ولها نتائج جيدة.

1- نقص التعرق hypohidrosis في مناطق واسعة نسبياً، قد يحدث نقص التعرق بسبب انسداد المسام كما في الأفات الحمامية الوسفية والإصابات الفطرية والأحمريات السماكية والتهاب الجلد التأثبي، أو قد يحدث بسبب إصابة الفدة العرقية ذاتها كما في داء جوغرين والذأب الحمامي المجموعي وصلابة الجلد المعممة وفي حالات وراثية أو أولية، وقد يكون نقص التعرق بسبب إصابة عصبية وراثية أو أولية

أو اعتلال الأعصاب السكري أو في بعض الأمراض العصبية كما في داء غيلان باريه.

اقص التعرق الموسع، يحدث نقص التعرق الموضع
 حين حدوث أذية الغدد العرقية الناجمة عن الرض أو الجراحة أو الندبات أو تشؤات الجلد أو تشعيمه.

#### ١- اضطرابات احتباس العرق: وأهمها:

أ- الدخنيات Miliaria: تحدث الدخنيات حين يوقف تدفق العرق عبر قناة الفدة العرقية، وتقسم الدخنيات بحسب المظهر السريري والنسجى إلى أربعة أشكال:

 الدخنية البلورية M. crystallina: تتظاهر بحويصلات سطحية راثقة متوضعة تحت الطبقة المتقرنة من البشرة من دون أي ارتكاس التهابى، وتكون سهلة التمزق.

• الدخنية الحمراء M. rubra: وتدعى أيضاً (حصف الحرّ)، تحدث حين يكون انسداد المقنوات العرقية ضمن البشرة مما يؤدي إلى تشكل حطاطات التهابية حاكة حول المسام العرقية، أكثر ما تصيب الأطفال الرضع لكنها قد تصيب الكبار حين التعرض المتكرر للجو الحار، وتزول هذه الحطاطات عفوياً إذا نقل المريض إلى جو بارد ولكن نقص التعرق قد يستمر إلى أسبوعين بعد ذلك.

الدختية البشرية M. pustulosa: تحدث حين تتحول بعض حطاطات الدخنية الحمراء إلى بثور.

 الدخنية العميقة M. profunda: تحدث بسبب انسداد القنوات العرقية مما يؤدي إلى ارتشاح العرق للأدمة محدثاً تفاعلاً التهابياً مؤدياً إلى تشكل حطاطات كبيرة حمر فاتحة (كجلد الأوز).

في غالبية الحالات لا يحتاج المريض إلى معالجة خاصة سوى الانتقال إلى جو بارد، ويمكن استعمال بعض الدهونات المجففة أو مضادات الحكة الموضعية أو العامة.

ب- ضربة الحرارة heat stroke: هي حال عامة يضطرب فيها تنظيم حرارة الجسم فترتضع إلى أكثر من أربعين درجة مثوية، يرافقها اضطراب الجملة العصبية المركزية مع توقف التعرق، تحدث هذه الضرية إثر التعرض لبيئة حارة مع تقصير البدن عن إشعاع ما تقتضيه الحال من حرارة، وليس من الواضع ما الذي يحدث قبل الأخر هل هو الاضطراب العصبي أو توقف التعرق.

قد تحدث نزوف نمشية في الدماغ وقشر الكظر والكبد والكليتين بسبب نقص الصفيحات التالي، أما الأعراض البارزة فتتطور خلال دقائق من توقف التعرق وتتجلى بالاضطراب العقلي والإغماء والنوبات التشنجية.

يجب الشك بضربة الحرارة حين وجود ترفع حروري أكثر من أربعين درجة مع عدم وجود تمرق وقصة التعرض للحر الشديد.

ضرية الحر حالة إسعافية نسبة الوفيات فيها نحو ٣٥٪ حتى مع العلاج.

أول ما يجب أن يجري للمعالجة العمل على خفض حرارة الجسم بأي وسيلة (الغمس في الجليد أو الماء والجليد عادة)، وقد يعطى الكلوريرومازين لتخفيف الارتكاس الجلدي للبرودة المفاجئة، وتعطى الستيروئيدات الجهازية للتخفيف من آثار النزوف النمشية الداخلية، ويجب إبقاء المريض ضمن الجليد حتى تصل درجة الحرارة الشرجية إلى ٣٩ درجة مثوية ثم ينقل إلى جو بارد نسبياً.

٧- تلون العرق chromhidrosis: يتلون العرق في الغالب بسبب تعرضه للأصباغ أو للمعادن الموجودة على سطح الجلد كتلون العرق بالأزرق المخضر في عمال مناجم النحاس، وقد تضرز الصفراء في العرق في المصابين بالقصور الكبدي مع فرط ارتفاع بيليروبين الدم، فترى بقع صغيرة مدورة بنية اللون أو خضر غامقة على الراحتين والأخمصين.

٨- والحة العرق الكريهة: تحدث وانحة العرق الكريهة من انحلال الطبقة المتقرنة المتعطنة بالعرق المفرز: لذلك أكثر ماتكون في الأخمصين، وتحدث كذلك من انحلال خلايا الغدد العرقية المفترزة apocrine وتفككها (التي تطرح في الإبط) بفعل الجراثيم الموضعية مفضية إلى وائحة العرق المنفرة. تفيد فيها مجففات العرق والمضادات الجرثومية، كما تحدث وائحة عرق مميزة في العديد من الأمراض الاستقلابية أو بعد تناول بعض الأطعمة والبهارات أو من بعض المواد التي تطبق على سطح الجلد.

9- إكزيمة خلل التعرق dyshidrotic eczema: إن سبب إدراج هذا المرض في البحث الحالي هو تسميته بإكزيمة خلل التعرق لا علاقة التعرق، ولكن الحقيقة هي أن إكزيمة خلل التعرق لا علاقة لها بالغدد العرقية ولا باحتباس العرق، ولها تسميات عديدة: منها الضقصان pompholyx والتهاب جلد الراحتين والأخمصين الحويصلي.

## ثالثاً~ أمراض الفند المرقية المُترزّة:

تُصنَف الغدد العرقية المُفترزة ضمن الغدد المفترزة التي تضم غدة الثدي والغدد الصملاخية وغدد مول في الأجفان، توجد الغدد العرقية المفترزة تحت الإبطين والمنطقة الشرجية التناسلية ولعوة الثدي، كما تتوزع بشكل متناثر في الجذع والوجه والفروة.

## وأهم الأمراض التي تصيب هذه الفدد:

ا- صنان الفدة المقترزة apocrine bromhidrosis:
 يتميز برائحة كريهة قوية غير اعتيادية ناجمة عن الغدد لفت زة.

الوباليات: تحدث الحالة بعد سن البلوغ حين تنضج الغدد المفترزة، ويشاهد الصنان في السود أكثر من البيض أو الأسيويين، وتزداد الحالة صيفاً وفي الجو الحارمع أن فرط افراز العرق الإبطي يخفف من الحالة بسبب تمديده الإفرازات الغدية بالعرق.

يزيد إهمال العناية الشخصية في شدة الرائحة وكذلك تزيد الشدة النفسية - التي يرتبط إفراز الغدد المفترزة بها أكثر من ارتباطه بالحرارة - في شدة الرائحة أيضاً.

تكون إفرازات الغدد المفترزة من دون رائحة حين خروجها من الفدة ولكن تحرر بعض المواد منها مثل: -حمض ٣ البسيلون- ميتيل ٢ هيكيزنويك- يؤدي تفككها بوساطة الجراثيم إلى إطلاق تلك الرائحة.

ووجد أن عدد الغدد المفترزة في المصابين يزيد كثيراً على عددها في الأشخاص العاديين إضافة إلى زيادة نسبة الغدد المفترزة إلى المفرزة فيهم.

السريريات؛ يتم تشخيص هذه الحالة سريرياً في المقام الأول.

العلاج، يمكن التحكم برائحة الإبطين عن طريق تخفيف التعرق الافترازي وتخفيف الجراثيم في المنطقة، بغسل المنطقة المصابة بصابون مضاد جرثومي واستعمال المضادات الجرثومية الموضعية ومزيلات الرائحة والعطور ومضادات التعرق، ومن الإجراءات التي تحد من الرائحة الكريهة إزالة الفدد المفترزة وقد يضيد فيها مص شحوم الإبطين أو امتصاصها (شمطها).

٣- تلون تعرق الفدة المفترزة apocrine chromhidrosis:
 يشير مصطلح تلون تعرق الفدة المفترزة إلى إنتاج عرق

ملون من الغدد العرقية المفترزة ويكون هذا التلون من داخل الغدد.

الوباليات: يحدث هذا الاضطراب بعد البلوغ وفي السود أكثر من البيض، وليس هناك اختلاف في نسبة الحدوث بالنسبة إلى الجنس أو الموقع الجغرافي أو المناخ.

المُرضيات؛ لا يوجد أي اضطراب جهازي أو غذائي عادة ولا تفيد الحمية في معالجة الاضطراب.

السريريات: تلون العرق المفترز حالة نادرة أكثر ما تشاهد في الإبطين، وتلاحظ من قبل الريض الذي يشتكي من تلون

الثياب بالأصفر وعلى تحو أقل بالأخضر أو الأزرق أو البني المسود، أما في الوجه فيكون اللون أزرق غامضاً أو أسود.

الملاج: لا يوجد علاج مقتع لهذه الحالة وقد يفيد استعمال الكابسيسين موضعياً.

#### ٣- داء فوكس – فوردايس:

الوباليات: تحدث ٩٠٪ من حالات هذا الداء في النساء بين عمر ١٥ و ٣٥ عاماً غالباً، وهو لا يحدث قبل البلوغ ونادراً ما يحدث بعد سن الضهى.

المرضيات؛ لم يعرف السبب المباشر الحدوث هذا الداء، ولكن يبدو أنه يبدأ بانسداد الفطعة القاصية من قناة الغدد المفترزة مما يؤدي إلى احتباس العرق الافترازي الذي قد يؤدي إلى تمزق قناة الغدة ضمن البشرة وينتهي بحدوث تفاعل التهابي وحويصلات بشروية مجهرية.

السريريات: يتظاهر هذا الداء بحطاطات حول الأجرية الزهمية، لحمية اللون تشاهد في منطقة الإبطين خاصة، وقد تشاهد في منطقة العانة والشفرين الكبيرين والعجان واللعوتين وأمام القص والسرة والجزء الإنسى للفخذين.

تتصف الحطاطات بحكتها الشديدة التي تزيد حدة صيفاً وفي حالات الاضطراب العاطفي، وتخف باستعمال مانعات الحمل.

العلاج؛ من الصعب علاج داء فوكس- فوردايس لأنه قد يهدأ بالعلاج ثم يعود ليشتد، استعمل في معالجته الكلنداميسين الموضعي ومرهم الترتينوين وتخريب الحطاطات الكهربائي والستيروليدات الموضعية و الجهازية ومضادات الحمل.

# 4- التهاب الفدد العرقية التقيمي hidradenitis

المرضيات؛ هو مرض التهابي مزمن مندّب يصبيب الجلد في اماكن وجود الفدد المفترزة في الجنسين، تنسد فيه قنوات الفدد المفترزة، وليس من الواضح ما إذا كان للإستروجينات أو الإندروجينات أو السمنة شأن في إثارة هذا المرض، ومع وجود جراتيم في كل الحالات المدروسة لهذا الالتهاب لا يعرف إن كان تأثيرها أولياً أو ثانوياً، ومن الدراسات المثيرة للاهتمام دراسة أظهرت شأن التدخين في إثارة المرض، وقد لوحظ هدوؤه في أثناء الحمل.

السريريات: يحدث المرض في الإبطين (الشكل ١٠) والأليتين والمغبنين وحول الشرج والثديين، والصدر والبطن أحياناً.

يبدو في البدء بخراجات صغيرة مؤلة حمر تكبر تدريجياً

وتقتح على السطح ليخرج منها سائل قيحيُّ أو مصلي قيحيُّ، ويؤدي تكرار الهجمات إلى حدوث تليَّفات ونواسير.

وقد پرتضع تعداد الكريات البيض، كما پكون الزرع الجرثومي إيجابياً للمكورات العنقودية المذهبة والعنقوديات سلبية المُختُرة (الكواغولاز coagulase) في معظم الحالات، وقد توجد جراثيم أخرى مثل العقديات والزنجارية الزائفة والايشرشية القولونية أو بعض الجراثيم اللاهوائية في معض الحالات.

النسجيات؛ تتفاوت النسجيات كثيراً بحسب مرحلة الإصابة، تشاهد السدادات الأجرية الزهمية مع كيسات وتليف وارتكاس التهابى متفاوت الشدة.

التشخيص التضريقي، يوحي بالتشخيص وجود تورم يشبه الخراج في منطقة توجد فيها الغدد المُفترزة، ويجب التفريق بينها وبين الدمامل والتهاب العقد اللمضاوية والكيسات البشروية الملتهبة.

تلتبس الحالة في منطقة الفرج بالتهاب غدة بارتولان، كما تلتبس في الحالات المتقدمة التي ترافقها نواسير وندبات بالتدرن والتولاريميا وداء خمشة القطة، أما في المنطقة المغبنية فقد تلتبس بالحبيبوم اللمفاوي الزهري والحبيبوم المغبني وداء كرون والتهاب القولون القرحي.

العلاج: علاج التهاب الغدد العرقية التقيحي صعب جداً، وتستطب المعالجة الدوائية في المراحل الباكرة، ولكن الحل الجراحي يستطب في المراحل المتأخرة.

يفيد حقن التريامسينولون ٥-١٠ملغ/مل ضمن الآفة في الراحل الباكرة، ويمكن إشراكه بالشق والتفجير الجراحي،



الشكل (٩) التهاب الغدد العرفية التقيحي - ناحية الإبعاد.

ويجب إجراء زرع جرثومي للمادة القيحية. أما الصادات فتختار تبعاً لنتيجة الزرع والتحسس الجرثومي، علماً بأن أكثر العبادات المستعملة هي البنسلينات والكلينداميسن والسيكلوسبورين والسبروفلوكساسين والمينوسيكلين.

قد يفيد الأيزوتريتونثين في بعض المرضى بجرعات وسطية املغ/كغ، لكن نسبة الاستجابة أقل من ٥٠٪ ولاسيما في الحالات التي حصل فيها التليف.

يفيد شوط قصير من الستيروئيدات الجهازية في حالات الالتهابات الشديدة، وقد يفيد استخدام الصادات الموضعية أو مجففات العرق.

كما قد تحتاج الحال إلى تخريب النسج المتليفة بالتخثير الكهربائي أو الليزر، ويلجأ في الحالات الشديدة والمزمنة والناكسة إلى استئصال القسم المصاب من الجلد.

## أولاً- آفات الشعر:

#### ١- معلومات أساسية عن خصائص الشعر:

#### أ- أطوار نمو الشُعر:

يتم نمو الأشعار في الإنسان على نحو دوري، ويعمل كل جريب شعري بوصفه وحدة مستقلة بداتها، ثنا فإن الأشعار في الإنسان لا تتبدل جميعها في زمن واحد كما يحدث في معظم الحيوانات، بل يسير كل جريب شعري في مراحله المتناوية من نشاط وسكون وانطراح على انضراد (الشكل ١).

- (۱)- طور النمو أو البناء anagen: تكون فيه خلايا أم الجريب الشعري في حالة نشاط تفتلي (انقسامي)، وتصبح متقرنة مشكّلة الأشعار النامية التي لها جنور طويلة مسنئة مغطاة بأغمدة جنرية داخلية وخارجية، وتكون هذه الأشعار كاملة الاصطباغ.
- (٣)- طور التراجع (الهبوط أو التوقف) catagen: وهي مرحلة انتقالية يتناقص فيها الانقسام التفتلي، ويتباعد الجريب الشعري عن الحليمة الأدمية، ويتحرك للأعلى ليقترب من الغدة الزهمية عند ارتكاز العضلة المقفة للشعر، وتتشكل الأشعار المتجرة (الناوية) club harr.
- (٣)- طور الانتهاء (الاستراحة) telogen: يتوقف فيه

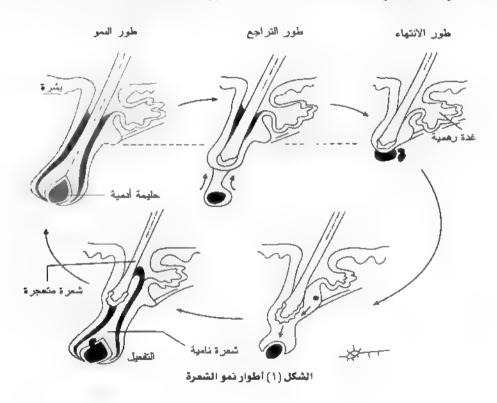
الانقسام التفتلي، وتشاهد الأشعار المتعجرة ذات الجدور القصيرة، وتكون هذه الجدور من دون أغمدة. وتبدو الأشعار قليلة الاصطباغ.

تتوضع الشعرة المتعجرة في مقدمة جريبها المنكمش، وتقتلع عند الاستحمام أو تسريح الشعر، أو تبقى إلى أن يدخل جريب شعري جديد طور النمو (بشكل تلقائي)، فتنمو فيه شعرة جديدة تطبح بسابقتها الذاوية.

تختلف المسيرة الزمنية لدورات الأشعار باختلاف مناطق الأشعار في الجسم، يدوم طور نمو أشعار الفروة فترة نمتد بين ٣-٤ سنوات (وسطياً ١٠٠٠ يوم)، ويدوم طور التراجع أسبوعاً إلى أسبوعين، ويمتد طور الانتهاء ٣-٤ أشهر (وسطياً ١٠٠٠ يوم).

يبلغ عدد أشعار الفروة وسطياً مئة ألف شعرة، تكون ٨٥-٩٠٪ منها في طور النمو وتتناقص هذه النسبة مع تقدم السن. وباقي الأشعار ١٠-١٥٪ في طور التراجع أو طور الانتهاء.

وقد تُبدل العوامل الفيزيولوجية المختلفة - خارجية كانت أو داخلية - مسيرة دورة الأشعار، كما في الحمل، وفي المرضى الذين بعالجون معالحة كيميائية.



#### ب- أنواع الشعر:

للشعر عدة أنماها تتولد من أنواع مختلفة من الجريبات. وقد يتبدل نمط الشعر المتولد من الجريب مع العمر، أو بتأثير الهرمونات.

يغطي الزهب lanugo جسم الجنين في الرحم، وهو أشعار عديمة اللب، رفيعة، ناعمة، مصطبغة. يتساقط في الشهر الثامن إلى التاسع من الحمل، وتحل محله الأويار أو الأشعار الانتهائية. وقد يستمر الزغب مدى الحياة في حالات وراثية نادرة (متلازمة فرط الأشعار الزغبية).

تصنف أشعار ما بعد الولادة في نمطين: الأويار vellus وهي رقيقة، ناعمة، عديمة اللب، مصطبغة أحيانا، ونادراً ما يتجاوز طولها ٢سم، والأشعار الانتهائية terminal وهي أطول وأخشن من الأويار، ذات لب، ومصطبغة غالباً. وهناك أنواع متدرجة بين النوعين السابقين.

تتوزع الأشعار على جميع السطوح الجلدية ما عدا الراحتين والأخمصين والحشفة والقلفة. ويتحصر وجود الأشعار الانتهائية قبل البلوغ على الفروة والحواجب والأهداب أما الأويار فتتحول بعد البلوغ بتأثير الأندروجين إلى أشعار انتهائية جنسية ثانوية.

## ٧- اضطراب نمو الشعر وأمراضه:

#### أ- الشُعرائيّة (الرَّبّب) hirsutism:

هي فرط نمو الأشعار الثخيئة والقاتمة في أماكن تكون فيها الأشعار قليلة جداً أو معدومة في النساء، مثل الوجه والصدر واللعوة، وتتحرض هذه الأشعار بالأندروجين (الشكل ٢).

وتدل كلمة **فرط الأشمار** hypertrichosis على زيادة الأشعار الانتهائية أو الزغب في مناطق لا تعتمد على الأندروجين.

يصعب تقييم الشعرانية؛ لأن نمو الشعر يختلف من امرأة



الشكل (٢) الشعرانية

إلى أخرى ومن عرق إلى آخر، فما يعد شعرانية في مجتمع ما قد يعد طبيعياً في مجتمع آخر، وعلى نحو عام فإن أشعار النساء في بلاد حول البحر المتوسط وشبه القارة الهندية أكثر من أشعار النساء في شرقي أسيا وشمالي أوريا، وأشعار الأشخاص ذوي الشعر الداكن والبشرة الداكنة من كلا الجنسين أكثر من أشعار الشقر أو ذوي البشرة الفاتحة.

الشعرائية سليمة في أغلب الحالات ولا شأن لها إلاً من الناحية الجمالية. أما إذا رافقتها علامات الذكورة ولاسيما إذا ظهرت علاماتها بعد البلوغ فقد تكون تظاهرة لاضطراب مهم مثل تنشؤ مبيضي أو كظري، وهي حالات قليلة.

الفيزيولوجيا المرضية: تحدث الشعرائية بسبب ارتفاع مستوى الأندروجين، أو زيادة حساسية الجريبات الشعرية لمستوى طبيعي من الأندروجين، ولكي يؤشر التستسترون الجوال في الدم في الجريب الشعري يجب أن يتحول أولا إلى مستقلبه الأشد تأثيراً في الجريب وهو الدي هيدرو تستسترون، ويساعد إنزيم ٥ ألفا ريدوكتاز الموجود في الجريب الشعري على هذا التحول. يعمل الأندروجين على زيادة حجم الجريب الشعري وقطر الشعرة، وزيادة مدة طور النمو إضافة إلى تبدل نوع الشعر وحجمه إذ يصبح الشعر والجلد زهميين، كما يتأثر توزع الشعر في النساء، فتنمو الأشعار في المناطق الحساسة للأندروجين، وتتساقط من الفروة.

وإن ظهور الأشعار في الوجه بعد الإياس قد يكون سببه غياب ما يعاكس الأندروجين.

#### الأسياب متعددة، منها:

(۱)- أسباب مبيطية، وأهم سبب تريادة الأندروجين والشعرانية وأكثرها شيوعاً هو المبيض متعدد الكيسات PCOS. ومن أعراضه عدم انتظام الحيض وعسر الطمث وعدم تحمل الفلوكوز مع فرط أنسولين الدم أحياناً (وإن زيادة الأنسولين تؤدي إلى زيادة إفراز الأندروجين) والبدانة، وقد ترافق الشعرانية أعراض جلدية أخرى منها العد المعند، والشواك الأسود، والحاصة المتوضعة في قمة الفروة.

(٢)- الشعرائية العائلية، لا يرافقها ازدياد الأندروجين،
 وتعد طبيعية في بعض الشعوب مثل بلاد حوض البحر الأبيض المتوسط أو الشرق الأوسط.

(٣)- أسباب مواثية: هنائك أدوية كثيرة تسبب الشعرانية نتيجة تأثيرها الأندروجيني المتأصل، منها، سلفات دي هيدرو ابيي اندروستيرون والتستسترون والدانازول والستيروئيدات الابتنائية anabolic، ومانعات الحمل الحديشة، وهي أقل إحداثاً للشعرانية من مانعات الحمل القديمة، وهناك أدوية

قد تسبب فرط أشعار على نحو مستقل عن الأندروجين منها: الفينيتوثين والمينوكسيديل والديازوكسيد والسيكلوسبورين والستربتومايسين والبسورالين والكورتيكوستيروثيد والهكزا كلورو بنزين والديلانتين والتاكروليموس الموضعي وغيرها، ولا تعرف الية تأثير هذه الأدوية.

- (1)-أسباب كظرية: أهمها فرط التنسج الكظري الولادي (CAH)، الذي قد يظهر منذ الطفولة بالشعرانية والأعضاء التناسلية المنتبسة وعوارض فقد الملح ونقص النمو، وأحياناً المظاهر الذكورية، وقد يتأخر بدء المرض حتى البلوغ، وهناك داء كو شيئغ الذي قد يسبب نموالأشعار النزغبية (اللا معتمدة على الأندروجين).
- (a)-أسباب أخرى: وهي أقل شيوعاً ولكنها خطيرة، منها
   القهم العصبي وضخامة النهايات وقصور الدرق وفرط
   برولاكتين الدم والبرفيريا.
- (٦)- هنالك حالات من الشعرانية مجهولة السبب
  idiopathic
   لا توجد في المصابات بها حالات عائلية ولا
  اضطرابات هرمونية وهي حالات قلبلة.

العلاج: يعتمد اختيار العلاج في الشعرانية على السبب. ففي الحالات غير المتعلقة بالأندروجين يكتفى بالعلاج الفيزيائي لإزالة الشعر، أما في الحالات المتعلقة بالأندروجين فيشارك العلاج الفيزيائي مع الجهازي، ويجب أن يستمر العلاج الهرموني على نحو دائم؛ لأن إيقاف العلاج يؤدي إلى عودة الشعرانية.

#### (١)- العلاج الموضعي:

- إن أبسط الطرق وأسهلها وأوفرها هي قصر bleaching
   لون (تشقير) الشعر، فيصبح المنظر مقبولاً جمالياً.
- إزالة الشعر سطحياً دون جنوره (الجموش) depilation: يزال الشعر هنا من سطح الجلد إما بالحلاقة وإما بالبواد الكيميائية، لكن الشعر يعود للنمو بعد ذلك، علماً أن حلاقة الشعر لا تؤدي إلى زيادة نموه خلافاً للمعتقد السائد، لكن الأشعار النامية بعد الحلاقة قد تبدو أكثر خشونة، وقد تسبب المواد الكيميائية تخرش الجلد.
- النتف المؤقت temporary epilation: تزال الشعرة هذا مع جدرها، ويتم النتف بالملقط أو الشمع أو السكر أو الخيط، أو أجهزة النتف الخاصة. وقد تؤدي هذه الطرق إلى التخريش والتهاب الأجرية وفرط التصبيغ والنديات.
- النتف الدائم: يتم تخريب الشعر بطرائق مختلفة وهي: الكهرلة أو التحلل الحراري، ويمكن تطبيقه على جميع أثوان الشعر والحند. ويعالج الليزر مساحات واسعة وهو أسرع وأقل

إيلاماً من الكهرلة؛ ويفيد خاصة لدى المرضى ذوي الشعر الشامق والجلد الفاتح، إذ إن هدف الليزر هو الميلانين. ويستعمل الشبوء المبضى الشديد الليزر هو الميلانين. ويستعمل الشبوء المبضى الشديد وذات اطوال موجات متعددة. ويتطلب النتف جلسات علاجية متعددة. تخريب الأصعار، ويستعمل فيه موضعياً هيدروكلوراييد ايفلورنيتين: eflomithine hydrochloride وهو علاج حديث، يستعمل بشكل رهيم cream (كريم) بتركيز ١٩/١٪ يطبق موضعياً مرتين يومياً مدة ١٤-٨ اسابيع، وهو يثبط نمو الشعر ولا ينزعه. ويمكن إشراكه والليزر.

#### (٢)- العلاج الجهازي: ويشمل:

- الميتفورمين (metformin (Glucophage) يعمل على
   إنقاص مستوى الأنسولين الذي يؤدي إلى نقص مستوى
   التستسترون المبيضي، يفيد هذا العلاج في النساء المصابات
   بالمبيض متعدد الكيسات.
- مانعات الحمل وسبيرونولاكتون، ينقص الإستروجين الموجود في مانعات الحمل من تصنيع الأندروجين كما ينقص من مستوى الأندروجين الحرراما السبيرونولاكتون فهو ضادة للأندروجين ينقص من تصنيع الأندروجين، لارتباطه بمستقبلات (الأندروجين) كما ينقص من فاعلية ٥ ألفا ربدوكتاز.
- سيبروتيرون وهو حاصر لمستقبلات الأندروجين، يعطى
   مع الإستروجين لتنظيم الحيض ومنع الحمل.
  - فيناستيريد وهو يثبط إنزيم ألفا ريدوكتاز.
- الستيروليدات القشرية تعطى خاصة حين وجود فرط التنسج الكظري، وهي تعمل على نقص إفراز الأندروجين من الكظر.
- (٣)- الحمية الغذائية: يؤدي إنقاص الوزن في النساء البدينات والمسابات بالشعرانية وعدم انتظام الحيض- إلى انتظام الحيض ونقص الشعرانية.
- (3)- المالج الجراحي: باستنصال الأورام المبيضية أو
   الكظرية حين وجودها.

ب- الحاصة الأندروجينية androgenetic alopecia:

التظاهرات السريرية: الحاصة الأندروجينية مرض شائع يصيب الذكور والإناث، لكن إصابة الذكور أكثر.

تبدأ الحاصة في الذكور غالباً في أواخر العشرين وأوائل الثلاثين من العمر بتساقط أشعار تدريجي في المنطقتين الصدغيتين، مما يؤدي إلى تراجع الخط الأمامي لمنبت الأشعار من كلا جانبيه، مؤدياً إلى زيادة عرض الجبهة.

وتترقى الأفة تدريجياً إلى المنطقة الجبهية وقمة الرأس (الشكل ٣)، وفي النهاية قد تصبح كامل فروة الرأس خالية من الأشعار، وتستثنى عادةً المنطقة الجدارية والقفوية. أما في النساء فيكون تراجع الأشعار الصدغي أقل منه في الرجال، وتحتفظ النساء على نحو عام بخط الأشعار الجبهي، ويكون فقد الأشعار منتشراً في كل الفروة (الشكل ٤)؛ مما يؤدى إلى خفة أشعار مترقية، اكثر منه صلعاً واضحاً.



الشكل (٣) الحاصة الأندروجينية عند الذكر



الشكل (٤) الحاصة الأندروجينية عند الأنثى

يتم الانتقال تدريجياً من الأشعار الانتهائية العريضة والثخينة والمصطبغة إلى الأشعار الأرق والأقصر، ومن ثم إلى الأشعار الوبرية القصيرة والدقيقة واللا مصطبغة. تقصر مرحلة النمو مع بقاء مرحلة الانتهاء ثابتة، مما يؤدي إلى زيادة الأشعار في طور الانتهاء. ويلاحظ المريض تزايد سقوط الأشعار.

الأسباب: الحاصة وراثية متعلقة بالصبغي X، تنتقل كصفة سائدة. ووجود الأندروجين ضروري لتطورها، لذا فإنها لا تصيب المخصيين قبل البلوغ، كما أنها تتوقف عن التطور إذا خصي المريض البالغ (يقصر الديهيدرسترون والتستسترون من مدة طور نمو أشعار الفروة) وللسن شأنها في هذا المرض.

(١)- الميتوكسيديل minoxidil: ألية تأثيره غير معروفة تماماً، ويعتقد أنه يحث دخول الشعرة في طور النمو ويطيل مدة هذا الطور، وقد يزيد من تدفق الدم إلى الجريب الشعري، وقد لوحظ تحول ٣٠٪ من الأوبار إلى أشعار انتهائية حين تطبيقه موضعياً.

تستجيب منطقة القمة أكثر من منطقة الجبهة، كما تستجيب الحالات الباكرة والمحدودة على نحو أفضل، ولا يبدو التحسن واضحاً قبل ؛ أشهر على الأقل من تطبيقه، كما يجب الاستمرار بالمعالجة على نحو دائم لأن إيقافه يؤدي إلى فقدان الأشعار النامية حديثاً.

يطبق امل من المينوكسيديل على المنطقة المصابة مرتين يومياً، ويفضل لدى النساء تطبيقه بتركيز ٧٪. وقد يسبب المينوكسيديل تخريش الجلد، كما قد يحدث فرط أشعار في مناطق بعيدة. ويجب الحدر حين استعماله في مرضى يتناولون خافضات الضغط لأنه نفسه خافض للضغط.

(٧)- الشهناستيريد finasteride: هو مثبط له الفاريدوكتاز نمط ٧، وليس بمضاد للأندروجين، إنما يثبط تحول التستسترون: مما يؤدي إلى الخفاض مستوى الأخير في المصل، ومن غير المعروف تماماً النخفاض مستوى الأخير في المصل، ومن غير المعروف تماماً الية تأثيره في نمو الشعر، ويعطى للذكور فقط لأنه يسبب إبهام (غموض) الأعضاء التناسلية في الجنين الذكر في مرحلة التشكل، كما أظهر إعطاؤه للنساء بعد سن الإياس عدم فائدته في علاج الحاصة الأندروجينية.

يفيد الفيناستيريد في إيقاف الحاصة الأندروجينية عن الانتشار، كما يؤدي في بعض المرضى إلى عودة نمو الأشعار. يعطى الدواء باستمرار لأن إيقافه يؤدي إلى عودة الحاصة. (٣)- دوتاستيريد dutasteride: يثبط النمط ١و٢ من

إيزوالزيم ٥ ألفا ريدوكتاز. وهو أقوى من الفيناستيريد.

- androgen receptor بمضادات مستقبلات الإندروجين spironolactone منها السببرونولاكتون spironolactone وأسيتات السببروتيرون السببروتيرون acetate cyproterone الفلوتاميد flutamide. تستعمل هذه المركبات في النساء، وتؤدي إلى توقف تساقط الشعر بنسبة ١٠٪ وعودة نمو الشعر بنسبة ١٠٪، وذلك بعد سنة إلى سنتين من العلاج. ويجب الحذر في النساء اللواتي بعمر الإنجاب من خطر تأنيث الجنس الذكر. كما أنها لا تعطى للذكور لأنها تؤدي إلى إخصاء كيميائي.
- (٥)- العلاج الجراحي، تطور العلاج الجراحي في العقود الأربعة الأخيرة، وأصبحت النتائج التجميلية مرضية، لكن المشكلة هي في توفير الكمية الكافية من الجريبات الشعرية لتوزيعها مكان الصلعة.

تعطي الطموم الدقيقة micrografting والمنفيرة minigrafting مظهراً طبيعياً أكثر من الطريقة القديمة في اغتراس السدادات transplanting plugs.

(٦)- قد يلجأ إلى التمويه أو الشعر الستعار، بانتظار نمو
 الشعر بعد الشروع بتطبيق العلاج المناسب.

#### ج- هُوَّحَة طُورِ النَّموِ anagen effluvium:

تحدث نفحة (تساقط الأشعار) طور النمو بعد كل أذى يصيب الجريب الشعري، ويؤدي إلى إضعاف فعاليته الاستقلابية أو قدرته على الانقسام الفتيلي، ومن أكثر المواد السببة لهذا التساقط شيوعاً المالجات الكيميائية المضادة للتسرطن مثل مضادات الاستقلاب والعوامل المؤلكلة ومثبطات الانقسام الفتيلي.

يؤدي تثبيط أم الشعرة أو توقف الانقسام الفتيلي إلى نحول سقيبات الأشعار الفجائي، ويحدث ذلك حين يكون تأثير الدواء في حده الأعظمي، وحين يصل هذا الجزء التحيل من الأشعار إلى السطح، فإن جميع سقيبات الأشعار تتساقط بوقت واحد، وهناك عدد من الأشعار التي تتساقط في مستوى البصلة، حين يصيبها التخرب.

الأسباب: أهم أسباب نفحة طور النمو معالجات الأورام الكيميائية وهي أكثر شيوعاً حين مشاركة أكثر من علاج كمنائي.

يبدا تساقط الأشعار بعد ٧-١٤ يوماً من إعطاء أول جرعة من العلاج، وقد يكون التساقط جلياً بعد شهر إلى شهرين، ويشمل قسماً كبيراً من الفروة (لأن ٨٥-٩٥٪ من الجريبات الشعرية هي في طور النمو في أي وقت)، إن تطبيق حلقة ضاغطة على فروة الرأس مع التبريد الموضعي في أثناء تناول

العلاج الكيميائي قد يؤخر توقف طور النمو، لكن هذه الطريقة تؤدي إلى تناقص تدفق الدم إلى الضروة، أي من وصول الدواء إليها، لذا لا تستعمل حين معالجة الأورام التي قد تسبب نقائل إلى الضروة مثل الابيضاض واللمفوما. هذا وقد تشترك نفحة طور النمو ونضحة طور الانتهاء.

وفضلاً عن أدوية الأورام الكيميائية هناك أدوية أخرى قد تؤدي إلى نضحة طور النمو منها البرموت والليفودويا والكولشيسين والسيكلوسبورين، كما أن هناك مواد كيميائية مختلفة تؤدي إلى تساقط الأشعار في طور النمو منها: التاليوم وحمض البوريك والرئبق، ومن الأسباب الأخرى ضغط فروة الرأس أو رضحها ويعض الأمراض الفدية.

المَالُ (الإندَار)؛ يعود الشعر للنمو بعد ٣-٦ أشهر من العلاج، و قد يعود للنمو مع الاستمرار بالعلاج، ويختلف لون الشعر الذي ينمو حديثاً عن لونه الأصلى.

العلاج: هدف العلاج تقصير فترة تساقط الشعر. يُستعمل المينوكسيديل، وهو يوسع الأوعية المحيطية مما يزيد تدفق الدم إلى الجريب الشعري، وريما زاد نشاطه الاستقلابي ودورة نموه.

#### ه- فُوْحَة طور الانتهاء telogen effluvium:

تتصف فوحة (تساقط الأشعار) طور الانتهاء بفقد الأشعار الطبيعية المتعجرة (النبوتية) المبكر والغزير من جريبات فروة الرأس، مع بقاء هذه الجريبات سليمة ليس فيها التهاب.

ينجم هذا التساقط الغزير عن رضوح الأشعار الطبيعية بوساطة بعض المنبهات التي تؤدي إلى تسريع مدة طور النمو وتقصيره، ودخول الأشعار في طور التراجع والانتهاء بعد فترة قصيرة. ولا تتساقط الأشعار في طور الانتهاء حتى بزوغ الأشعار الجديدة، والمدة الفاصلة بين بدء حدوث المرض (دخول الأشعار في طور الانتهاء) وظهور تساقط الأشعار يتعلق بزمن مرحلة الانتهاء التي تراوح بين ١-١ أشهر (وسطياً ٣ أشهر)، وهذا ما يعرف بالدور الكامن.

يصيب المرض الجنسين، والنساء معرضات للإصابة أكثر من الرجال؛ لأن التبدلات الهرمونية التي تحدث بعد الولادة تعد سبباً شائعاً لتساقط الشعر في طور الانتهاء، إضافة إلى أن النساء أكثر انزعاجاً من الإصابة وهن لذلك أكثر بحثاً عن العلاج.

#### الأسباب

 (۱)- الأمراض الحادة مثل الأمراض الحمية (ترفع حروري) والخمج الشديد والجراحة الكبرى والرضح الشديد.

- (٣)-الأمراض المزمنة مثل الخباتات ولاسيما اللمفاوية،
   والأمراض المزمنة الموهنة مثل النأب الحمامي الجهازي
   وأمراض الكلية والكبد.
- (٣)- التبدلات الهرمونية مثل الحمل والولادة وقصور الدرق وفرط الدرق وإيقاف الأدوية الحاوية على الإستروجين.
- (1)- تبدلات النظام الغذائي مثل الحمية القاسية والقهم والغذاء قليل البروتين أو الحموض الدسمة الأساسية، وعوز الحديد أو الزنك أو البيوتين.
- (ه)- تناول بعض الأدوية واكثرها شيوعاً حاصرات بيتا ومضادات التخثر والريتينوئيد (بما فيها كميات عالية من فيتامين A)، والبروييل تيو اوراسيل (يسبب قصور الدرق)، والكارابامازيبين والتمنيع.
  - (٦)- التهاب جلد التماس في الفروق
- (Y)-أسباب نفسية ويستمر تساقط الشعر هنا مدة طويلة.
- (A)- الشدة وينجم بشكل خاص عن ضفر الأشعار أو لفها بشدة على عاقصات (لفافات) الأشعار أو على أشياء أخرى.
- (٩) يحدث تساقط الأشعار في طور الانتهاء في الرضع
   منذ الولادة أو في أثناء الأشهر الأربعة الأولى من عمر
   الرضيع، وتعود ثانية للنمو في الشهر السادس من العمر.

التشخيص: يقدر عدد الأشعار الكلي في الفروة بنحو • • • • • • هعرة ويعتقد أنه يتساقط منها يومياً بين • ٤ و • • • • شعرة. ويقدر عدد الأشعار التي تتساقط يومياً في نفحة طور الانتهاء بين • ١٠ إلى آكثر من • • ٤ شعرة. و تقدر نسبة الأشعار الموجودة في طور الانتهاء في الأشخاص الأصحاء بنسبة ٥-٥١ ٪، ويبنى تشخيص نفحة طور الانتهاء على و٧٪. علماً أن نسبة التساقط لا تزيد على • ٥٪ من الأشعار.

يمكن تقسيم نفحة طور الانتهاء إلى: حالات حادة تدوم اقل من ستة أشهر، وغالباً ما يكون البدء فيها مفاجداً، ويمكن بالاستجواب الدقيق تحديد عامل مسبب للمرض حدث قبل ١-٦ أشهر. أما الحالات المزمنة فتدوم أكثر من ستة أشهر، ويحدث البدء فيها خلسة، ومن الصعب تحديد العامل السبب.

العلاج: يحدث الشفاء غالباً تلقائياً خلال أشهر؛ لذا فإن أهم شيء في العلاج هو طمأنة المريض وإفهامه أن زمن التساقط مهما طال لن يؤدي إلى الصلع.

كما ينصح الريض أن يصفف شعره بطريقة تحفي مناطق الشعر الخفيفة.

من الضروري معالجة السبب إذا أمكن تحديده مثل عور

الحديد والحمية الغذائية السيئة، وقصور الدرق والأدوية المسببة. وقد يكون للمينوكسيديل بعض الفائدة ويطبق للكبار فقط.

#### ه- الحَاصة البُقُمية alopecia areata:

تسمى الحاصة البقعية (باللغة الفرنسية ثعلبة pelade)، وهي شكل ناكس وغير ندبي من أشكال تساقط الشعر، يصبب منطقة مشعرة، بتوقف فيها طور النمو فجأة وعلى نحو باكر، ويدخل طور الانتهاء، ثم تتساقط الأشعار.

التظاهرات السريرية: تتظاهر هذه الحاصة بلطخة الية أو اكثر من لطخة: دائرية أو بيضوية، قطرها ١-٥ سم: خالية من الشعر، والجلد فيها طبيعي أو حمامي قليلاً. قد توجد أشعار على شكل علامة التعجب حول المحيط (وهي أشعار قصيرة مستدقة في قسمها السفلي)، وتشير سهولة اقتلاع الشعر على الحواف (لى أن الأفة فعالة (الشكل ٥). وقد تبقي أشعار بيض أو رمادية، وهي ذات أهمية ولاسيما في حالات الثعلية ذات البدء المفاجئ، إذ تفسر احتمال ابيضاض الشعر في أيام قليلة.



الشكل (٥) أشعار بشكل علامة التعجب في الثعلبة

الحاصة غالباً لأعرضية وقد يشعر بعض الصابين بحس حرق أو حكة.

وتقتصر ٨٠٪ من الحالات على لطخة واحدة، وحين تتوضع الإصابة في المنطقة الصدغية أو القفوية فقد تأخد شكلاً ثعبانياً يدعى الحاصة الثعبانية ophiasis (الشكل ٦)، وتسقط أحياناً كامل أشعار الفروة (الحاصة الكلية alopecia alopecia)، أو كامل أشعار الجسم (الحاصة الشاملة universalis) في الحالات الشديدة.

تظهر ٢٦,٨-٩٥٪ من حالات الثعلبة على الضروة، يليها النقن ٢٨٪، والحاجبان ٨,٨٪، ونادراً على الأطراف. وترافق الإصابة في الحالات الشديدة غالباً بنسبة ٨,٢-٤,٨٪ إصابة



الشكل (٦) ثملية ثميانية

الأظفار. وتتجلى غالباً بتنقرها، وقد تحدث تشوهات أخرى مثل: خشونة الأظفار وحثلها وهشاشتها وسقوطها ووبشها واحمرار الهليل وخطوط بو.

الأسباب الحاصة البقعية مرض مناعي ذاتي تتوسطه الخلايا اللمفاوية التائية، يصيب أشخاصاً لديهم استعداد وراثي، وارتفاع نسبة حدوثه في المصابين بمتلازمة داون Down يشير إلى وجود عامل وراثي محمول على الصبغى ٢١.

قد ترافق الحاصة البقعية أمراض مناعية أخرى مثل التهاب الجلد التأتبي والبهق والصداف وأمراض الغدة الدرقية. وتختلف أهمية العامل النفسي في الحاصة البقعية باختلاف الدراسات، ففي حين اظهرت إحدى الدراسات أن نسبة الإصابة بالاضطرابات النفسية في المصابين بالثعلبة بين ١٧- ٢٧٪، وصلت هذه النسبة في دراسة أخرى إلى ٩٠٪، وذكرت الدراسة الأخيرة أن ٢٧٪ من المرضى كان لديهم عوامل نفسية ومشاكل عائلية حرضت على ظهور المرض.

العلاج: تميل الحاصة البقعية للشفاء العفوي خلال أشهر، وتبدو الأشعار التي نمت من جديد وبرية بلون فاتح، ثم تحل مكانها فيما بعد أشعار دائمة قوية وقائمة، لذا فإن ترك الحاصة البقعية من دون معالجة قد يكون قراراً صائباً في كثير من الأحيان، مع الانتباء إلى أن العلاج مكلف ومزعج، وأن النكس بعده يصعب تدبيره، والمهم أن يُطمأن المريض ويقدم له الدعم النفسي.

تختلف الاستجابة للعلاج بحسب اتساع الأفة وقدمها، ويحسب مكان الإصابة: فالأفات المحدودة والحديثة تستجيب على نحو أفضل، ولاحتمال شفاء الأفات تلقائياً فإنه من الصعب تقييم فائدة العلاج بدقة، أما حالات الثعلبة الكلية والشاملة فهي على الأغلب معندة على كل العلاجات ولاسيما الصغار، وقد يكون من الحكمة هنا نصح المريض بوضع الشعر المستعار وعدم تعليله بأمال كاذبة بجدوى العلاج.

## (١)- الملاج الموضعي:

• الستيروليدات القشرية حقناً داخل الأفة أو تطبيقاً موضعياً؛ الحقن الموضعي هو الخيار الأول في العلاج، ونسبة الشفاء ٩٧٪ في الحالات المحدودة، يظهر نمو الشعر خلال الشفاء ٩٠٪ في الحالات المحدودة، يظهر نمو الشعر خلال المستخدمة غالباً هي تريام سنيولون اسيتونيد بتركيز ١٠٪ المستخدمة غالباً هي تريام سنيولون اسيتونيد بتركيز ١٠٪ ملغ/مل (يستخدم تركيز ٥٠٪٪ لعلاج الذقن والحاجب وقد يستخدم للفروة) بحقن ١٠، مل في المكان الواحد، ويوزع الحقن على سطح الحاصة بحيث يضميل كل نقطة عن الأخرى اسم، على ألا يتجاوز حقن ٣ مل في الجلسة الواحدة، يكرر الحقن كل ١٠٠٤ أسابيع، ويجب تجنب حقن المناطق الرقيقة من الجلد تجنباً لحدوث الضمور.

يستعمل التطبيق الموضعي خاصة في الأطفال الذين لا يتحملون ألم الحقن. ويطبق العلاج مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر.

• المعالجة المناعية: تعرف المعالجة المناعية الموضعية بأنها إحداث المتهاب جلد أرجي بالتماس بعد تطبيق مستأرج allergen قوي موضعياً، وأكثر المواد المستعملة شيوعاً سكواريك اسيد دي بوتيل استر SADBE)، دي فيسنس يبرون (DPCP)، دي فيسنس يبرون (Dinitrochlorobenzene (DNCB)، ولا وينيتروكلوروبتزين (Dinitrochlorobenzene (DNCB)، ولا ينصح باستعمال الأخير لأنه يؤدي إلى حدوث طفرات قد تؤدي إلى التسرطن.

يطبق الـ DPCP وهو الأكثر أماناً وفاعلية في محلول اسيتوني بتركيز ٣٪، يطبق أولاً على مساحة ٢-٤ سم من الفروة حتى تصبح المنطقة حاكة وحمامية، وبعد ١٠ أيام يتابع العلاج أسبوعياً على مساحة اكبر ويتركيز أقل ٢٠٠٠، - ١٠ أر ٠٠٠، ويختار أقل تركيز يحدث حمامي وحكة علماً بأن تركيز الله DPCP الذي حقن بتركيز أقل يرفع تدريجياً كل أسبوع يعالج عادة نصف الفروة حتى الوصول إلى نتائج مرضية، ثم ينتقل إلى النصف الأخر، يبدأ نمو الشعر عادة بعد ٣ شهر، وتجنى النائج المرضية بعد ١٢ شهراً.

 الخرصات ومنها انترائين ٢, ٥٠٠٠, ٥٪، ريتينوئيك اسيد والفينول، وتستخدم الإحداث التهاب جلد تخريشي خفيف، يجب تكرار استعمالها ويتراكيز عالية.

مينوكسيديل يطبق بشكل سائل ٥٪، ٢٥ نقطة مهما
 كانت المساحة المصابة، مرتبن يومياً.

## (٢)- العلاج الجهازي:

الستيروليدات القشرية: مفيدة إذا أعطيت بجرعات

عالية، لكن نسبة النكس عالية بعد إيقاف العلاج، والتأثيرات الجانبية كثيرة.

- PUVA: نتائجه مختلفة، والنكس فيه كبير، ويحتاج
   إلى جرعات تراكمية عالية من UVA للحفاظ على نمو الشعر.
- (٣)- العلاج التمويهي: من المفيد استعمال الشعر المستعار ملييعي أو صنعي)، ووشم الحاجب.

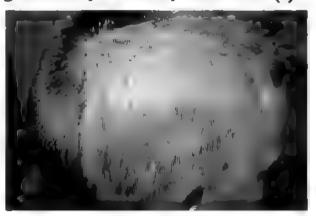
## و- الأشكال الأخرى للحاميّات الوضّعة:

(١)- هوس النتف trichotillomania: هو حاصة ناجمة عن نتف المريض الأشعار بيده، نتيجة اضطراب نفسي. قد يكون المريض مدركاً لما يفعل، أو غير مدرك. تتجلى الإصابة بحاصة غير ندبية، غير كاملة، ذات شكل هندسي محدد، مفردة أو متعددة، تراوح مساحتها من بضعة سنتيمترات مربعة حتى كامل الفروة. تشاهد في اللطخة أشعار قصيرة جداً، وأشعار انتهائية متكسرة أي أشعار متفاوتة في الطول (الشكل) وقد يرافق الإصابة قضم الأظفان أو التهاب الجلد الموبعي.

أكثر ما يصاب الأطفال والمراهقون بهذه الحاصة، ولاسيما من يمارسون فعاليات تتطلب الجلوس المديد، مثل القراءة والكتابة ومشاهدة التلفاز والحاسوب. الإصابة في الأطفال محددة لذاتها، والإندار جيد، أما في البالغين فالإصابة أشد، والإندار محتفظ به.

العلاج الفعال هو المداواة السلوكية، وتطلب مساعدة الأهر الأهل بعد شرح الحالة لهم جيداً، كما قد يتطلب الأمر استشارة طبيب نفسي.

- (٣)- حاصة الشط الحار hot comb alopecia: تشاهد هذه
  الحاصة في النساء السوداوات اللواتي يسبطن أشعارهن
  يوساطة مشط حار، لغاية تجميلية. تبدأ هذه الحاصة في
  منطقة القمة ثم تنتشر محيطياً.
- (٣)- حاصة الشد traction alopecia: لهذه الحاصة على



الشكل (٧) هوس النتف

الأرجح ألية هي الألية نفسها المؤدية إلى تساقط الأشعار في طور الانتهاء، لكنها تتميز بأن تساقط الأشعار فيها يتوضع على الأماكن المرضة للرضوح. تحدث هذه الحاصة من جراء الشد المستمر للشعر، لإتمام تسريحات خاصة مثل ذئب الحصان، الضفائر المشدودة، أو لف الشعر وتمويجه.

- (1)- حاصة الضغط pressure alopecia: كثيراً ما تحدث هذه الحاصة على المنطقة القفوية، وذلك في الرضع الذين تقوم أمهاتهم دوماً بإضجاعهم على ظهورهم، كما تشاهد في الكهول سواء بعد تثبيت الرأس بوضع واحد في اثناء التخدير، أو بعد استراحة طويلة بوضع واحد في الفراش.
- (ه)- الحاصة الإفريجية alopecia syphilitica: قد يكون فقد الأشعار أحد تظاهرات الإفريجي الثانوي (أو النظاهرة الوحيدة). تظهر حاصات بقعية تشبه العث المتأكل، أو تخف الأشعار على تحو عام وتكون فحوص الإفريجي المصلية إيجابية، والعلاج بالصادات المناسبة يعيد نمو الشعر.
- (٦)- النخالية الأمينتية pityriasis amiantacea: تحيط فيها الوسوف السميكة والعالقة والدبقة بقاعدة أشعار الفروة، ويجب التفريق بينها وبين الصدف، لكن الأشعار هنا تقتلع حين محاولة إزالة الوسوف. تعالج بحالًات القرنين.
- (٧)-سعفة الرأس tinea capitis: تتظاهر عادةً بلطخة حاصية مفردة أو متعددة، ويرافقها توسف وحمامي، وتتقصف فيها الأشعار.
- ز- الحاصات الندبية alopecia (scaring) cicatricial: قدل عبارة الحاصة الندبية على تخرب دائم في الجريبات الشعرية، وتبدو سريرياً بشكل لطخة ندبية، خالية من الأشعار، مع غياب فوهات الجريبات.

للحاصات الندبية تقسيمات مختلفة وأسباب عديدة منها:

- خلل التطور واضطراب وراثي مثل داء دارييه.
- أذيات فيزيائية مثل الرضوح الميكانيكية والحروق والتهاب الجلد الشعاعى.
- أخماج فطرية مثل الشهدة والقرعة، وأخماج جرثومية
   مثل السل والإفرنجي، وأخماج طفيلية مثل اللاشمانية،
   وأخماج فيروسية مثل الحلاً النطاقي.
  - أورام أولية أو انتقالية.
  - جلادات عديدة، سيذكر بعضها.

الجلادات السببة لحاصة ننبية:

(۱)- الذأب الحمامي lupus erythematous: قد يصيب الذأب الحمامي الجلدي المزمن الفروة. تبدأ الإصابة ببقع



الشكل (٨) ذاب حمامي مزمن تبدو ثويحات حمامية مفرطة التقرن

حمامية وسفية، تكون فيها الوسوف عائقة بشدة على فوهة الجريب (الشكل ٨)، ثم تزول الأشعار بعدها ويصبح الجلد ضامراً وناقص التصبغ. تشخص بالخزعة والومضان المناعي. تعالج بالستيروئيدات القشرية موضعياً، أو حقنها ضمن المنطقة المصابة، أو جهازياً، وقد تضيد الريتينوئيدات ومضادات الملاريا.

 (۲)-الحزاز السطح الشمري lichen planopilaris: تشاهد حمامى حول الجريبات، وحطاطات جريبية مفرطة التقرن، وقد يتغير لون الفروة إلى البنفسجي، وتزول الحطاطات فيما بعد مخلفة حاصة ندبية.

قد تشاهد علامات الحزاز المسطح على الجلد والأظفار، والأغشية المخاطية وأكثر ما يصيب هذا المرض النساء في منتصف العمر.

العلاج بالستيروئيدات القشرية موضعياً أو جهازياً، والريتينوئيدات والبسورالين مع الأشعة فوق البنفسجية.

- (٣)- الحاصات الندبية المرافقة للعدلات: تشمل عدة أمراض، الألية الإمراضية فيها على الأرجع حدوث تفاعلات التهابية غير طبيعية تجاه مستضدات المكورات العنقودية غالباً، مع ضعف الاستجابة المناعية.
- التهاب الجريبات الحاص folliculitis decalvans: يبدأ بحمامى حول الجريبات، وحطاطات جريبية، ويثور على محيطها، وفي المراحل المتقدمة تتشكل خراجات حول الجريبات، تتمزق بعدها، ويشكل حطام الجريب جسماً

أجنبياً، يؤدي إلى تفاعل ينتهي بتشكل نسيج ليفي ندبي. العلاج صعب، تعطى الصادات بعد إجراء زرع جرثومي، ويفضل إشراك صادين لمدة طويلة، وقد تفيد الستيروئيدات موضعياً أو جهازياً.

- التهاب الجريبات المسلخ dissecting folliculitis: هو حالة التهابية أشد من السابقة، تبدأ بعقيدات التهابية عميقة، غالباً في منطقة القذال، تتحد هذه العقيدات بعضها ببعض مشكلة خراجات وجيوباً ينتج منها القيح، غالباً ما يصيب المرض الأمريكيين من أصول إفريقية، بعمر ٢٠-٠٠ سنة. العلاج بالصادات، وقد تفيد الريتينوئيدات والستيروئيدات الجهازية، ومن الضروري تفجير الخراجات.
- العد الجنري في المنطقة القفوية acne keloidalis: يتظاهر ببثور جريبية، مع حطاطات تأخذ بالكبر لتشكل لويحات قاسية مشتركة، مع زؤان، الإصابة شبه محصورة في ناحية القذال، وهي كذلك أكثر شيوعاً في الأمريكيين من أصول إفريقية. العلاج بالصادات، والستيروئيدات موضعياً أو حقناً ضمن الأفة.
- الثملية الكاذبة ليروك pseudopelade of Brocq: تبدو بشكل لطخات صغيرة، دائرية أو بيضوية، متناثرة بشكل عشوائي على الفروة، وكثيراً ما تتحد عدة لطخات مشكلة لطخة كبيرة غير منتظمة، تتصف هذه اللطخات بخلوها من الشعر، أما الجلد فيها فعاجي اللون ولامع، مع ضمور وانخماص خفيف (الشكل ٩). ولا وجود لعلامات التهابية. أكثر ما تصيب هذه الثعلبة النساء في منتصف العمر. وقد يكون سير المرض بطيئاً جداً، لكنه يبقى محدوداً لعشرات بكون سير المرض بطيئاً جداً، لكنه يبقى محدوداً لعشرات.

اختلف العلماء فيما إذا كان هذا المرض يشكل وحدة مستقلة، أو أنه يضم جميع الحاصات الندبية غير الالتهابية،



الشكل (٩) الثعلبة الكاذبة لبروك

بما فيها المرحلة الأخيرة من حالات تبدأ التهابية. ثانياً - آفات الأظفار:

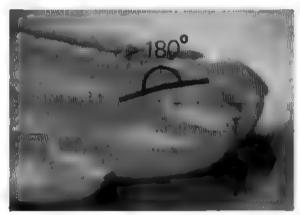
١- تبدلات بنية الأظفار،

أ- التمجر clubbing:

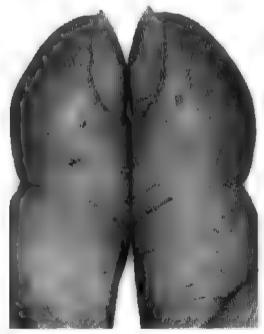
تحدث الإصابة في الأظفار، وقد تصيب أيضاً السّلامى النهائية للأصابع، وتبدو بانتفاخ الأظفار وانحنائها بتحديها في الاتجاهين المعترض والطولى، مشابهة بلورة الساعة.

تمُحي زاوية لوفيبوند Lovibond's angle (الشكل ١٠) فتصبح ١٨٠ أو اكثر، وهي الزواية المحصورة بين طية الظفر الدانية وبين صفيحة الظفر، وتساوي في الأحوال العادية ١٠ أو اقل. وتغلق النافذة التي تتشكل عادةً حين تقابل ظهر إصبعين متقابلين عند قاعدة فراش الظفر (الشكل ١١).

تنتفخ السلامي النهائية حيث ترى ضخامة النسج الرخوة



الشكل (١٠) التعجر، يشاهد امحاء زاوية لوفيبوند



الشكل (١١) يشاهد انفلاق النافذة بين الإصبعين

في لب الأصابع، مع فرط تنسج النسج الوعائية الليفية عند قاعدة الظفر.

تكون الإصابة متناظرة في الجانبين، أو تصاب يد واحدة، أو إصبع واحدة.

وقد تكون الإصابة أولية كما في كل من التعظم السمحاقي مع ثخن الجلد، والاعتلال المفصلي العظمي الضخامي، والتعجر العائلي، أو قد تكون ثانوية ناجمة عن آفات رئوية (سرطان الرئة، أو تليف الرئة أو الغرناوية)، أو آفات قلبية (أمراض قلبية ولادية زراقية)، أو آفات معدية معوية (التهاب القولون القرحي أو تشمع الكبد)، أو خباثات (سرطان الدرق أو داء هودجكن).

#### ب-ائتقس koilonychia:

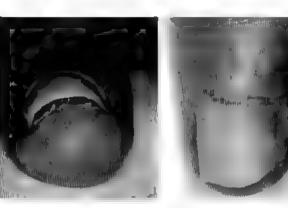
هو انحناء المحورين الطولي والعرضي للظفر، مما يصبح معه منظر الظفر مقعراً. تصاب بهذا التقعر أظفار البيد والأباخس، وتكون الإصابة أوضح حين إصابة ظفر كل من الإبهام والأبخس الكبير. وقد يرق الظفر أو يشخن، أو يلين.

تعد الحالة فيزيولوجية في الطفولة الباكرة، وقد تكون الإصابة مهنية بسبب استعمال المواد المخرشة كالصوابين، أو مرافقة لأمراض جهازية مثل عوز الحديد والصباغ الدموي hemochromatosis أو أنها حالة عائلية وراثية، وقد تكون تظاهرة لأمراض جلدية مثل الصدف والخمج الفطري.

## ج- انفكاك الظفر onycholysis:

هو انفصال الصفيحة الظفرية تلقائياً عن فراش الظفر (الشكل ١٢)، يبدأ عادةً من الحافة الحرة، ثم يتقدم نحو الطرف الدائي، ومن النادر أن تشمل الأفة الحواف الجانبية. وقد يبدأ الانفصال في حالات قليلة من القسم الدائي ومنه يتجه نحو الحافة الحرة وغائباً ما يشاهد هذا في الصدف.

تبدو المنطقة المنفكة بيضاء أو صفراء نتيجة وجود الهواء أسفل الطفر؛ إضافة إلى الأنقاض المحتبسة والمضرزات



الشكل (١٢) انفكاك الظفر

المُنْطَرِحة، وكثيراً ما تشترك الإصابة بأخماج ولاسيما المُخمائرية منها.

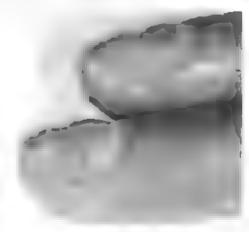
وحدوث انفكاك الظفر مقصور تقريباً على النساء. الأسياب:

- أمراض جهازية مثل فرط الدرق أو قصورها والحمل. أمراض جلدية مثل الصداف ولاسيما المقلوب والراحي والأكربمة.
- آفات ورمية مثل سرطانة الخلايا الحرشفية في فراش
   الظفر.
- عوامل آئية (ميكانيكية) مثل الرضوح وكثرة استعمال
   الماء والصابون.
- عوامل كيميائية محسسة أو مخرشة مثل طلاء الأظفار والأظفار الاصطناعية.
- أخماج جرثومية وحموية وقطرية، وقد يكون داء
   البيضات المهبلي مصدراً للأخماج السببة لانفكاك الأظفار.
- أدوية والسيما المحسسات الضوئية مثل التتراسكلين.
- التقدم بالعمر، ويشير انفكاك الظفر إلى احتمال وجود نقص في التروية الحيطية.

تعتمد المعالجة على إزالة السبب أولاً، ويفيد استعمال الستيروثيدات موضعياً بالمشاركة مع الصادات ومضادات الخمائر، والهدف من المعالجة تجنب الأخماج التي تعوق الشفاء.

#### د- خطوط بو Beau's lines:

هي آخاديد أو انخفاضات معترضة في صفيحة الظفر الرقيقة تنجم عن نقص تغذية أم الظفر، ومن ثم توقف وظيفتها مؤقتاً، ويؤدي عودة السبب الذي يحدث نقص تغذية أم الظفر إلى ظهور أخاديد جديدة تفصل بينها مناطق طبيعية من الظفر (الشكل ١٣). تبتدئ هذه الخطوط من أم



الشكل (١٣) خطوط بو

الظفر، ثم تتقدم نحو طرفه القاصي في أثناء نموه، ويُستطاع بتحديد مكان الأخدود- أي قياس بعده عن القسم الداني للظفر- تحديد زمن المرض الذي أصابه. يتناسب عمق الخط وعرضه مع شدة الأفة المسببة ومدة بقائها.

من العوامل المبيئة: الرضوح الموضعية والمخاص والحصية والنكاف والخشار الإكليلي، والداحس وأمراض الحميات الحادة والتفاعلات الدوائية والصداف.

#### هـ انشقاق الظفر onychoschizia:

يعرف أيضاً باسم الحثل الصفيحي المجزء الشاصي يتصف بحدوث انشطار عرضاني في الجزء الشاصي للصفيحة الظفرية إلى طبقات عند الحافة الحرة للظفر، سواء في الأصابع أم الأباخس (الشكل ١٤). وقد يتبدل اللون بسبب توضع الأنقاض بين الطبقات، وقد يظهر هذا الحثل بشكل مفاير، فيحدث الانشطار على الحواف الجانبية. ونادراً ما يرافق الانشطار أمراض جهازية، وقد ذكر ترافقه لكثرة الحمر.

يحدث الانشقاق بعد كثرة التعرض للمياه؛ لذا يجب الحفاظ على الأطراف جافة باستعمال القفازات، تفيد المطريات، وقد يفيد البيوتين جهازياً.

و- هشاشة الأظفار (تقصف الأظفار) onychorrhexis (القصف الأظفار):

يبدو أخدود طولاني ضيق وحيد أو متعدد أحياناً، يمتد على طول ظهر الظفر ويبدو وكأنه مظهر خدش وقد ترافقه أثلام متوازية ضحلة (الشكل ١٥). ينجم عن استعمال النظفات، ومزيلات طلاء الأظفار، والجفاف وقد يحدث الأخدود والتكسر على نحو عرضائي عند الحافة الجانبية



الشكل (١٤) انشقاق الظفر



الشكل (١٥) هشاشة الظفر يشاهد الشق العمودي

قرب الحافة الحرة. وقد يكون التشطر صفيحياً، ويصيب الحافة الحرة نتيجة استعمال الماء بكثرة، أو يصيب السطح الداني للظفر (في الحزاز السطح وبعد تناول الريتينوئيدات فموياً).

قد يكون سبب الهشاشة فقر الدم بعوز الحديد، أو نقص التروية المحيطية أو فرط الدرقية، أو عوز الفيتامين أ.

#### ز- تغلظ الأظفار onychauxis:

حالة من فرط ضخامة الأظفار ونموها، تالية للرضوح والضغط المتكرر، كما يؤدي إهمال تقليم الأظفار إلى زيادة ضغط الحداء عليها، لأنها تنمو باستمرار، فتصبح الصفيحة الظفرية باهتة ومعتمة مع اضطراب الولها، تشمل الاختلاطات: الألم والنزف تحت الظفر، والتقرح تحت الظفر، والتأهب للإصابة بالسعفة الظفرية. تعتمد المالجة على الإنضار debridement الجزئي أو الكلي للصفيحة الظفرية، أو قطع أم الظفر.

## ح- حثل الأظفار onychodystrophy:

يصيب حثل الأظفار الناجم عن تقدم العمر الأباخس، وقد يشخص خطأ على أنه خمج فطري. ومن بين العوامل المساهمة في هذا الاضطراب شذوذات تقويم العظام orthopedics والرضوح الناجمة عن الأحدية غير الملائمة. تبدو الأظفار الحثلة على مدى السنين أكثر تحدباً، وتكون الصفيحة الظفرية أشخن، وريما وجد فرط تقرن تحت الظفر.

هناك جلادات عديدة قد تسبب حثل الأظفار منها: الحزاز والصدف والثعلبة والفطار الفطراني، والتقران الراحي الأخمصي، وهناك حثل الظفر الناصف (نفقي الشكل) يحدث فيه انشطار طولاني على الجليدة ويستمر بالامتداد

نحو الخارج مع نمو الظفر، يشبه شجرة التنوب fir tree، نتيجة الرضوح أوالتهاب أم الظفر أو لعيوب خلقية.

### ملد شبمور الأظفار onychoatrophy:

قد يكون نقص نمو الأظفار ولادياً أو مكتسباً، تكون الأظفار فيه رقيقة وصغيرة، كما قد ينجم ضمور الأظفار عن كل من الأدواء التالية، الاضطرابات الوعائية وداء رينو وفرط الدرقية وانحلال البشرة الفقاعي والحزاز المسطح ومتلازمة الظفر والرضفة والمرفق.

## ي- المقاف الأظفار onychogryphosis:

في هذا الاضطراب الذي يدعى أيضاً الظفر المخلبي يحدث تشوه الظفر وانحرافه بشدة، كما يشخن، ويصبح كامداً، ويميل لونه للبني، ويفقد ارتباطه بفراش الظفر. أكثر ما يصاب به ظفر الأبخس الكبير، يأخذ معه شكل قرن الحمّل أو شكل المُحار (الشكل ١٦).

ينجم انعقاف الأظفار غالباً عن ضغط الحداء في كبار



الشكل (١٦) انعقاف الظفر

السن، كما ينجم في حالات قليلة عن رضح حاد، أو فطار مزمن غير معالج، وفي حالات نادرة تكون الحال وراثية. العلاج جراحي.

#### ٢- تبدلات لون الأظفار:

#### أ- الويش (الأظفار البيض) leukonychia:

(١)- الويش الحقيقي: يأتي اللون الأبيض في الأظفار (الشكل ١٧) من خلل في وظيفة أم الظفر، ويتجلى بخمسة أشكال: الوبش الشامل وهو وراثي، والوبش ما قبل الشامل يكون فيه لون الجزء القاصي من الظفر طبيعياً، والوبش المستعرض يظهر فيه شريط مقوس عرضاني بعرض ١-٢ملم، ويدل على إصابة جهازية إذا كانت الإصابة في عدة أظفار، والوبش النقطى ينجم غالباً عن الرضوح الخفيفة مثل طلاء



الشكل (١٧) وبش حقيقي

الأطّفار، وقد يشاهد في الحاصة البقعية، والوبش الطولاني، قد يترافق مع داء دارييه،

- (۲)- الويت الكاذب pseudoleukonychia: تكون فيه تبدلات الصفيحة الظفرية من مصدر خارجي، مثل فطار الأظفار.
- (٣)-الويش الظاهر apparent leukonychia: يأتي مظهر الظهر الأبيض هنا من تبدلات النسيج تحت الأظفار، كما في خطوط مويركه Muchrcke التي يرافقها نقص البومين الدم، وأظفار تيري Terry التي تشاهد في تشمع الكبد.

ب- متلازمة الظفر الأصفر yellow nail syndrome:

تتصف هذه المتلازمة بتوقف نمو الظفر، وتكون أظفار الأصابع والأباخس قاسية، محدبة من جانب إلى آخر، مع تبدل اللون الذي يتفاوت من الأصفر الشاحب إلى الأصفر المخضر القاتم، الجليدة غائبة وغالباً ما يشاهد الداحس، ومن الشائع حدوث انفكاك ظفر تانوي. وفي الحالات النموذجية لهذه المتلازمة ترافق تبدلات الأظفار وذمة لمفية، وإصابة المطرق التنفسية، وقد ترافق هذه المتلازمة أورام خبيثة.

#### 🛖 تملن الأظفار melanonychia:

هو تصبغ صفيحة الظفر بلون أسود أو بني، شكله منتشر، أو طولاني، ونادراً ما يكون معترضاً.

أهم سبب لتملن الأظفار هو الميلانوما تحت الظفر، ويجب أن يبقى هذا الاحتمال حاضراً في ذهن الطبيب لإجراء خرعة على الفور حين يأخذ ثون الأفة الرمادي البني المسود بالكبر، أوإذا كانت حوافها غير منتظمة، أو إذا رافق الإصابة حثل في الظفر أو تصبغ حول الظفر (علامة هوتشنسون) (الشكل ۱۸).

هناك أسياب أخرى لتملن الظفر تشمل: أسباباً فيزيولوجية (عرقية أو حَملاً)، وفرط تصنع ملائي (وحمة -شامة)، وأسباباً موضعية (رضح أو جسم أجنبى)، وأمراضاً



الشكل (١٨) تملن الأظفار مع علامة هوتشنسون

جهازية (داء أديسون - ومتلازمة كوشنغ وفرط الدرق وعوز فيتامين با B<sub>از</sub> حمض الفوليك)، وأدوية منها الفلوكونازول والتتراسيكلين، ويشاهد الملان الظفري المعترض غالباً بعد المعالجة السامة للخلايا.

#### "- الظفر الناهب unguis incarnatus:

الظفر الناشب من أكثر الشكاوى الظفرية تكراراً، يصيب على نحو رئيسي ظفر إبهام القدم. إذ ينفرس الجزء الجانبي من حافة الظفر في النسج الرخوة المجاورة، مما يؤدي إلى الألم وحدوث الالتهاب، وتشكل نسيج حبيبي فيما بعد.

أهم سبب للظفر الناشب الضغط الجانبي على الأبخس نتيجة لبس حداء غير ملائم. ومن العوامل الساعدة تقليم الظفر على نحو خاطئ، بتقليمه بشكل نصف دائري، بدل تقليمه بشكل مستقيم. وهناك بعض العوامل التشريحية المساعدة، مثل الأبخس الطويل الضخم مع طية ظفرية جانبية محدبة. وذكرت حالات قليلة حدث فيها الظفر الناشب من علاج الفطار الظفري القديم يعيد صفيحة الظفر إلى حجمها - بعد أن كان حجمها وحجم فراش الظفر قد تقلصا نتيجة الخمج الظفري - في حين يبقى الفراش منكمشاً فتنفرس حواف الظفر في النسج الرخوة، ونادراً ما تكون الإصابة ولادية أو عائلية.

تكون المعالجة بارتداء الحذاء المناسب، وتقليم الأظفار بشكل مستقيم، كما يجب ترك الظفر ينمو حتى تتجاوز حافته نهاية الأبخس قبل تقليمه، وفي الحالات الباكرة يمكن معالجة الالتهاب بتطبيق المطهرات، ويوضع ضماد قطني أسفل حافة الظفر، كما تفيد مغاطس الماء الحارشم التجفيف الجيد، ويلجأ في الأخماج الشديدة إلى إعطاء الصادات جهازياً، ومعالجة الورم الحبيبي بالكي بنترات الفضة. أما في الحالات المستعصية فيلجأ إلى استلصال الظفر وإزالة الطية الظفرية الجانبية البارزة على نحو لا

يعود الطفر معه للدخول في الطية ثانيةً، وإن حدث النكس قد يستأصل الطفر وأم الطفر.

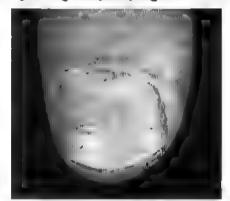
#### إلى المرابع المرابع

#### أ- الصنباف psoriasis:

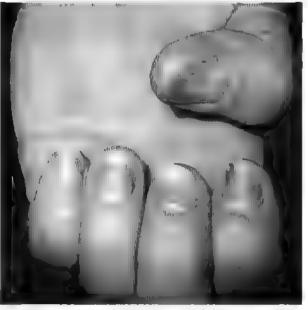
إصابة الأظفار في الصداف شائعة، وتراوح نسبة إصابتها بين ١٠و٥٥٪، وهي أقل من ذلك في الأطفال (٧-١٣٪) وقد يكون الصداف محصوراً في الأظفار فقط، كما قد تكون إصابة الأظفار محصورة في اليدين تقريباً.

## أهم تظاهرات صدف الأظفار:

- (۱)- التنظر pitting: وهو انخفاضات عميقة، واسعة، بمساحات مختلفة (الشكل ۱۹)، موزعة بشكل عشوائي.
- (۲)- ثطاخات السنلمون :salmon patches تبدو بشكل بقع صفر أو قرنفلية مائلة إلى الصفار (الشكل ۲۰)، بمساحات وأشكال غير منتظمة.
- (٣)- انفكاك الظفر onycholysis: هو انفصال الصفيحة



الشكل (١٩) صداف أطفار، يشاهد التنقر



الشكل (٢٠) صداف أظمار بالأحظ لطخات السلمون مع انفكاك

الظفرية عن فراش الظفر، وتتميز الإصابة في الصداف بوجود حوّية حمامية.

ومن التظاهرات الأخرى للصداف؛ الأضاديد أو الانخفاضات المعترضة (خطوط بو)، وتسمك الصفيحة الظفرية وتفتتها، والنزوف المشظاة في فراش الظفر، وفرط تقرن فراش الظفر.

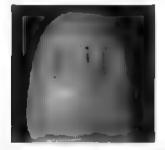
يجب تجنب الرضوح التي قد تكون العامل المثير للأفة، أو أنها تزيد الأفة سوءاً (ظاهرة كوبنر)،

تعتمد المعالجة على إعطاء ميتوتركسات أو سيكلوسبورين جهازياً في الحالات الشديدة والمعندة على المعالجة، أو حقن الستيروئيدات موضعياً، ويمكن تطبيق مراهم ستيروئيدية أو مرهم كالسيبتيرول.

#### ب- الحزاز المسلح lichen planus:

تبلغ نسبة إصابة الأظفار في الحزاز المسطح نحو ١٠، وإصابة الأظفار وحدها غير شائعة. يتجلى حزاز الأظفار بتلون طبة الظفر الدانية بلون أحمر مزرق، وبالظفرة (الشكل ٢١) – هي امتداد الجليدة امتداداً شاذاً على الصفيحة الظفرية – وبالرقة والهشاشة والتنقر، والتملن الطولاني وفرط تقرن تحت الظفر وانفكاك الظفر.

إصابة أم الظفر وخيمة؛ لأنها تؤدي غالباً إلى تندب منتشر مكان الظفر (الشكل ٢٧).



الشكل (٢١) الظفرة في الحزّار السطح



الشكل (٣٣) جزاز مسطح، يشاهد التندب

# العلاج بالستيروليدات حقناً موضعياً أو جهازياً. ج- الحاصة البقعية alopecia areata:

كثيراً ما تصاب الأظفار في المصابين بالحاصة البقعية ولاسيما الأطفال، وقد تسبق بداية تساقط الشعر أو تليها، وتتراجع تلقائياً.

تتظاهر الإصابة بتنقر ويقع حمامية على الهليل وخشونة سطح الظفر. ويبدو التنقر بشكل وهاد صغيرة سطحية موزعة بانتظام آخذة شكلاً هندسياً. كما تبدو الأظفار المسابة معتمة (مثل ورق السنفرة)، وتبدو الامعة في حالات أقل.

#### اضطرابات الأظافر في الأمراض الداخلية:

فضلاً عن مجموعة آفات الأظفار التي ذكرت سابقاً والتي تكون عرضاً لإصابة جهازية مثل التعجر، والتقعر وانفكاك الظفر وخطوط بو والوبش والتملن، قد تنجم النزوف المنظاة في فراش الظفر عن التهاب الشغاف الجرثومي وقد تكون تالية لقثطرة شريانية في الجهة المصابة إذا كانت وحيدة الجانب.

وفيما يلي بعض الأمراض الجهازية المرافقة لإصابات ظفرية:

#### أ- أمواء الكلاجين أو المفراء collagen diseases:

في الصلابة الجهازية والمتهاب الجلد والعضل تكون الشعيرات في الطبة الظفرية الدانية مخلخلة بسبب وجود مناطق غير موعاة، ويشاهد توسع شعري، كما تشاهد الظفرة البطنية (وهي التصاق القسم القاصي من فراش الظفر على السطح البطني من الصفيحة الظفرية) في الصلابة الحهازية.

#### ب- انحلال عظام الأنامل acro- osteolysis.

قد ترافق إصابة عظام السلامى القاصية تبدلات في الجلد والنسج الرخوة، فتبدو السلامى ثخينة وقصيرة، كما تبدو الأظفار عريضة (الأظفار بشكل مضرب الكرة المكتسب).

## ج- التبدلات نظيرة الالتهابية:

يؤدي الإقفار (نقص التروية) في الإصبع إلى تورم شديد، حمامى، وألم في الظفر والنسج حوله، شبيه بالداحس، لكن الإصبع المصاية تكون باردة.

كذلك قد تؤدي النقائل السرطانية إلى مظهر شبيه بالداحس الحاد.

## د- تبدلات الأظفار الناجمة عن الأدوية الداخلية:

تؤدي بعض الأدوية إلى اضطرابات عديدة في الأظفار، وتصيب هذه الاضطرابات عادة عدة أظفار، وتشراجع حين إيقاف العلاج.

- (١)- تسبب الريتينوليدات هشاشة الأظفار، وحبيبوماً مقيحاً كاذباً، وقد تؤدى إلى فقد أظفار مؤقت.
- (٣)- تسبب حاصرات بنا الإقفار الإصبعي، والويش الظاهر
   وخطوط بو، وسقوط الأظفار.
- (٣)-يسبب العلاج بالـ PUVA تملن الظفر، وانفكاك الظفر الضيائي.
- (1)- يسبب تناول ديميتيل كلورتتراسكلين والدوكسي سيكلين مدة طويلة انفكاك الظفر الضيائي، واصفرار الأظفار.

مع أنّ الفشاء المخاطي الفموي هو امتداد مباشر للجلد ويشاركه في كثير من الخصائص والوظائف: بيد أن له طبيعة خاصة، فهو نقطة البدء في هضم الأطعمة، ويفعل البيئة المائية اللعابية تذاب المواد الكيميائية، إضافة إلى عمل الإنزيمات والكائنات الحية المجهرية، وهناك عوامل أخرى تؤثر في الغشاء المخاطي المضموي كحرارة الأطعمة المختلفة الشدة والتدخين، ورضع المخاطية الألي في أثناء عملية مضغ الأطعمة المختلفة القوام ووجود معادن على الأسنان.

يحوي جوف الضم نبيتاً مجهرياً منذ الطفولة الأولى، ويشكل الغشاء المخاطي حاجزاً أمام أنواع عديدة من الأحياء المجهرية، لكن الظهارة لا تستطيع أن تشكل صفيحة قاعدية سليمة حول الأسنان، لذلك تكون منطقة ارتكاز الظهارة على الأسنان نقطة ضعف في الحاجز وموضعاً ملائماً للأمراض الفهوية.

يبدأ تطور جوف الضم في الأسبوع الثالث من الحياة الجنينية ويكتمل في نهاية الشهر الثاني. تنشأ المخاطية الفموية التي تغطي الثلثين الأماميين للسان والبنى الأمامية في الطية الحنكية اللسانية من الأديم الظاهر، في حين تنشأ المخاطية المغطية لجنر اللسان والحفرة اللوزية والبلعوم من الأديم الباطن. وتنشأ عضلات قاع الفم والماضفة ومخاطية الثلثين الأماميين من اللسان والنسج الرخوة المرافقة من القوس الخيشومي عن اللسان (جنر اللسان) تنشأ مخاطية الثلث الأول الخلفي للسان (جنر اللسان) من القوس الخيشومي الثالث. أما عضلات اللسان فتنشأ من الجسيدات somites القفوية.

## أولاً- آفات اللسان:

#### ١- علل النُسان:

أ- اضطراب حركة اللسان، يحدث غالباً نتيجة أذية العصب المحرك للسان، كما يحدث بسبب التصاق اللسان ankyloglossia وهو اضطراب سببه قصر الشريط النسجي الذي يريط اللسان بقاع الفم. وترافق هذا الاضطراب صموبة في الكلام والمضغ والبلم.

ي- اضطراب النوق: سببه إصابة براعم النوق أو إصابة المصب. قد يكون ثانوياً لثناول بعض الأدوية أو تالياً لخمج. ج- ضخامات اللسان: تحدث في متلازمة داون وضخامة النهايات والوزمة المخاطية والداء النشواني والوزم العضلي

المخطط. وقد يتسع اللسان في الأشخاص عديمي الأسنان ولا يستخدمون بدائل سنية.

4- تورم اللسان tongue swelling؛ يحدث في حالات عديدة أهمها: ضخامة النهايات والداء النشواني وسرطان اللسان والوذمة العرقية العصبية والارتكاس الأرجي للطعام أو الدواء وقصور الفدة الدرقية وصفر الفك الخلقي وابيضاض المدم والورم الوعائي اللمفي والورم الليفي العصبي وفقر الدم الوبيل pernicious والبلاغرا، وورم الفدة النخامية، والخمج بالكورات العقدية.

هـ رُماش اللسان tongue tremor: يحدث تتيجة لاضطراب عصبى أو لفرط تشاط الدرق.

و- اللسان الأملس smooth tongue: يشاهد في فقر الدم
 وعوز الفيتامين ب١٧٠.

## ٢-- إصابات اللَّسان:

## أ- اللسان الأسود المُشعَّر hairy black tongue:

هو حال شائعة يزداد فيها طول الحليمات الخيطية وثخنها على نحو معيب بسبب ظروف أدن إما إلى بطء فقدان الوسوف السطحية من قمم الحليمات؛ وإما إلى زيادة نمو الأحياء المجهرية على سطح الحليمات، ويرافق ضعف الحالة العامة للجسم والحمى والتجفاف ونقص الجريان اللعابي ونقص حركات الفم مما يزيد من شدة التوسف، كما أن المعالجة بالصادات قد تسبب عدم توازن مؤقت في نمو النبيت الجرثومي الطبيعي في الفم.

يبدو اللسان بالفحص السريري مفطى بطبقة من الحليمات المستدقة الحادة التي قد يبلغ طول كل منها أكثر من ١٩مم (الطبيعي ١مم)، ويكون لونها أبيض مزهراً لكنها تصطبغ بشكل بؤري أو منتشر نتيجة امتصاص أصبغة الأطعمة أو المسروبات كالشاي والقهوة أو التبغ، أو نتيجة نمو كائنات حية مجهرية مولّدة للصباغ، مما يؤدي إلى اختلاف لون اللسان ما بين الأسود والبني والأبيض والأخضر والزهر (الشكل ١).

ولا ترافق هذا الاضطراب أعراض، وقد يشعر المريض بدغدغة أو زيادة التعكس البلعومي في أثناء البلع، ويشكو بعضهم من مذاق غير محبّب في الفم.

من الأسباب المؤدية إلى اللسان الأسود الشعر، قلة الاعتناء بنظافة الفم وصحته، تناول الأطعمة اللينة التي لا تحوي



الشكل (١) اللسان الأسود المعمر

مواد سللوزية، شرب القهوة، الأصبغة في الأطعمة والأدوية، والإفراط في استخدام غسولات فموية تحوي عوامل مؤكسدة أو قابضة، التدخين، إشعاع الرأس والعنق، وبعض الأدوية وأهمها الصادات، والإبدر.

المعالجة: تتراجع الحالة باستبعاد العوامل المؤهّبة، والعناية بنظافة الفم واستخدام غسولات فموية خفيفة مضادة للجراثيم، وتنظيف سطح اللسان بلطف بفرشاة أسنان عدة مرات في اليوم، ويفيد تطبيق سائل الفنول موضعياً أو محلول البودوقللين في الكحول أو الأسيتون بنسبة ٥١٪.

#### ب- اللسان الجفرافي geographic tongue:

يدعى أيضاً التهاب اللسان الهاجر السليم، وهو حالة سليمة تحدث في أكثر من ٣٪ من الناس، يصيب الإناث أكثر من الناس، يصيب الإناث أكثر من الصغار، وهو غالباً لاعرضي، وقد تزداد حساسية المسابين به للأطعمة الساخنة والحارة واللاذعة.

أما المظهر النموذجي للسان الجغرافي فيبدو بمنطقة حُمامية أو بمناطق محددة تماماً على ظهر اللسان؛ مع غياب الحليمات الخيطية فيها ويضمور المخاطية المغطية لها؛ محاطة بحافة بيضاء مصفرة محددة مفرطة التقرن ذات

محيط ساع serpiginous غير منتظم (الشكل ٢). وكثيراً ما يذكر المريض شفاء منطقة من اللسان ثم ظهور افة جديدة في موضع آخر منه.

تبدآ الإصابة على ظهر اللسان وغالباً ما تمتد لتصيب حوافه الجانبية، وقد تظهر آفات مماثلة على قاع الفم وياطن الخدين.

الآلية الإمراضية؛ غير جلية، وقد بينَت إحدى الدراسات ترافق ١٠٪ من حالات الصنداف واللسان الجغرافي، كذلك قد يرافقه الصداف البثري وداء رايتر والنخالية الحمراء الجرابية ومشاهدته في المؤهبين للتأتّب، ويزداد حدوثه في المصابين باللسان المتشقق، ومع أنّ اللسان الجغرافي هو حالة التهابية فيعتقد أن للوراثة متعددة الجيئات شأن في آليته الإمراضية بسبب كثرة مشاهدته في بعض العائلات، كما ذكر ترافقه و6 .HLA-DRS HLA-DRW6 HLA-C

#### المالجة

- تجنب الأطعمة الحارة والحامضة وغسولات الغم ولبائة
   روح النعنع ومعاجين الأسنان المسببة.
- تنظيف الأسنان بلطف مع استخدام غسولات لطيفة بمحاليل ملحية.
- دهن موضعي بمضادات الهيستامين أو بالستيروئيدات المُفلورة أو المخدرات الموضعية أو بمحلول تريتينوئين أو صبغة بنفسجية الجانسيان ٥, ٠٪ أو صبغة كريول فوشين ٥٪ أو دهن تاكروليموس موضعياً ١, ٠٪.

## ج- اللسان المتشقق fissured:

حالة سليمة شائعة تتصف بظهور أثلام مختلفة العمق قد تصل إلى المم على طول ظهر اللسان وجانبيه، وقد تتصل الأثلام بعضها ببعض فيبدو اللسان بمظهر مفصص. آليته الإمراضية غير معروفة، ويُشك بفعل الوراثة عديدة الجيئات أو من نمط الصبغي الجسدي السائد بسبب تواتر مشاهدته في بعض العائلات، وقد يترافق اللسان المتشقق واللسان



(الشكل ٢) اللسان الجغرافي، أفات بيضاء خطية غير منتظمة تحصر مناطق حمامية وضعور مخاطى.

الجغرافي، كما يشاهد في متلازمة ملكرسن- روزنتال ومتلازمة داون. لا تسبب هذه الحالة أي أعراض ما لم ينحبس الطعام داخل الشقوق أو تترافق واللسان الجغرافي. لا حاجة إلى العلاج ويمكن استخدام الغسولات الضموية للمحافظة على نظافة الأثلام.

## هـ التهاب اللسان الميني الناصف median rhomboid: glossitis

يطلق على هذا الالتهاب أيضاً الضمور الحلّيمي المركزي اللسائي؛ إذ يحدث فيه ضمور حليمي متناظر إهليلجي الشكل أو معيني الشكل يتوضع مركزياً على الخط المتوسط للسان أمام الحليمات الكأسية (الشكل ٣). ويبدو اللسان أحياناً بمظهر مفصص أو متنبّت مفرط التنسيج. تُعدُ هذه الحالة شكلاً من داء المبيضات الفموي؛ إذ تبدو بالفحص النسيجي خيوط المبيضات في الطبقات السطحية من الظهارة خطلة التقرن، وكثيراً ما يُظهر نبيتاً مجهرياً برومياً فطرياً مختلطاً. يشاهد هذا النموذج من الالتهاب جرثومياً فطرياً مختلطاً. يشاهد هذا النموذج من الالتهاب في المدخنين، وكبار السن الذين يضعون بديلة سنية، وفي المصابين بقصور مناعي كما في الإيدز. تعتمد المعالجة على إيقاف التدخين واستخدام مضادات الفطور.

## ه اللسان المؤلم glossodynia أو متلازمة الضم الحارق burning mouth syndrome:

قد يحدث ألم اللسان في كل من التهابات اللسان واللسان



الشكل (٣) اللسان العينى الناصف

الجغرافي والاعتلال العصبي السكري وسرطان الغم وقرحات اللسان الفيروسية أو الرضحية أو التخريشية وفي الطّلُوان.

### ومن الأسباب المحتملة الأخرى لهذه المتلازمة:

- الأمراض النفسية (الاكتئاب والخوف من السرطان).
- جفاف الغم (الدوائي أو الثانوي للرض في النسيج الضام أو بسيب العمر).
- العوز الغدائي (الحديد والقيتامين ب٣ والقيتامين ب١٢٠ والفولات والزنك).
- التهاب الضم التماسي أو الأرجي (منكهات الأطعمة ومعاجين الأستان وغسولات الضم).
  - وضع بدائل سنية أو معالجات سنية.
    - داء الميكضيّات،
  - تناول مثبطات إنزيم محول أنجيوتنسين ACE.
    - الألم العصبي.
    - الألم الانمكاسي من الأسنان واللثة.
      - الألم الانعكاسى من القلب،
        - سن الإياس،

المالجة: معالجة السبب إن وُجد، أما في الحالات مجهولة السبب فتعطى مضادات الاكتثاب بجرعات قليلة أو بنزوديازيين أو دوكسيبين بجرعات منخفضة بالطريق الداخلي، كما يطبق الكابسيسين أو كلوتازيبام موضعياً.

#### ثانياً- آفات الشفتين:

## ١- التهاب الشفة التماسي contact cheilitis:

هو ارتكاس التهابي في الشفتين بتحرض بفعل العوامل الكيميائية المخرشة أو المحسسة. واتهم بإحداثه عدد كبير من المستحضرات أهمها: أحمر الشفاه، مراهم الشفاه وغسولات الفم ومعاجين الأسنان ومستحضرات الأسنان الملاجية الحاوية مركبات الزئيق والأوجينول ويعض الأغذية والأناناس. كما ذكر التحسس غير المباشر بطلاء الأظافر والأجزاء الخضبية أو المعدنية لبعض الأدوات الموسيقية والكوبالت الموجود في الأقلام الخشبية الزرق وبكلات الشعر والكوبالت الموجود في الأقلام الخشبية الزرق وبكلات الشعر والكوبالت الموجود في الأقلام الخشبية الزرق وبكلات الشعر والكوبالت الموجود في الأقلام الخشبية المرتب ويتحدد الالتهاب على حافة الشفة وغالباً ما يمتد حول الفم. ويتظاهر بتوسفً أو وذمة مع حويصلات. يعتمد العلاج على تجنب المادة المحسسة ودهن الستيروئيدات موضعياً.

## ٣- التهاب الشفة السقمى actinic:

هو التهاب شائعٌ في المناطق الحارة والجافة لدى العاملين تحت أشعة الشمس وذوى البشرة البيضاء؛ إذ تتعرض حافة

الشفة السعلى لكمية كبيرة من الأشعة فوق البنفسجية ولاسيما في الظهيرة حين تكون زاوية ورودها مسلطة عليها مباشرة، إضافة إلى أنْ حافة الشفة ذات حماية قليلة من قبل الكيراتين والخلايا الميلانينية. تبدو الشفة محمرة ومتوذمة في المراحل الباكرة لكنها تصبح بعد ذلك جافة ومتوسفة (الشكل ٤). كما تتسمك الظهارة مع ظهور لويحات بيض رمادية، وقد تظهر تشققات عمودية وجُلُب والأسيما في فصل الشتاء. وقد تظهر أحياناً حويصلات تتمزق تاركةً تأكلات سطحية. وقد يحدث خمج ثانوي أو تتشكل عُقَيدات ثؤلولية، ويجب الانتباه إذا ظهر تقرح ما إلى احتمال وجود تبدلات خبيثة مرافقة. ثنا يحتاج المرضى المصابون بحساسية ضيائية كجفاف الجلد المصطبغ والمتعرضون بشدة للأشعة فوق البنفسجية ب UVB - كالزارعين والمتزلجين-إلى حماية خاصة من الشمس وذلك باستخدام كريمات حاجبة للشمس مناسبة. تستند المالجة إلى إزالة الأعراض ومنع التطور نحو سرطانة حرشفية.

وفي الحالات الخفيفة تقوم المعالجة على تجنب أشعة الشمس، ويستفاد في بعض الحالات من المعالجة الموضعية بتطبيق فلوروراسيل بنسبة ٥٪ ثلاث مرات يومياً مدة عشرة أيام أو تريتينوئين أو حمض الخل الثلاثي. أما في الحالات الشديدة المترافقة ونشوء سرطانات حرشفية فيلجاً إلى استئصال حافة الشفة جراحياً.

#### ٣- التهاب الشفة التقشري exfoliative:

هو التهاب حواف الشفتين التهابأ مرّمناً سطحياً، يتصف بتوسف مستمر. أغلب الحالات صنعية بسبب مص الشفة المتكرر أو مضفها، ولا تترافق الحالة مع مرض جلدي أو مجموعي، مع أنّ بعض الحالات تشاهد في خَمْج HIV وداء المبيضات، وأغلب الحالات تحدث في النساء الشابات، يبدأ



الشكل (٤) التهاب شمة سمعي مزمن مع طلوان باطن الشفة السفلى



الشكل (٥) التهاب شفة توسفي صنعي بسبب مص الشفة التكرر

الألتهاب في منتصف الشفة السفلى ثم يمتد إلى الشفة كلها وبعدها إلى الشفة العليا، ويتجلى بتوسف وتجلّب مسبباً حس حرق وتخريش (الشكل ٥). يشفى الالتهاب تلقائياً ويتحسن بالاعتناء بصحة الفم مع تجنب مص الشفة أو عضها، وقد تفيد الستيروئيدات الموضعية، وتتطلب بعض الحالات علاجاً نفسياً أو مهدئات.

# £- التهاب الشفة الغدّي glandularis:

هو اضطراب التهابي سليم غير شائع في غدد الشفة السفلى تحت المخاطية، سببه مجهول ويبدو أنه ظاهرة عائلية. يتصف بضخامة الشفة ضخامة مترقية وانقلاب المخاطية الشفوية إلى الخارج مؤدياً إلى زوال حافة الشفة. وقد يكون الالتهاب ارتكاساً لأذية سفعية أو تالياً لعادة مص الشفة المتكرر بغية ترطيبها من الجضاف، صُنُف هذا الاضطراب في ثلائة نماذج:

 أ- الشكل البسيط: يتظاهر بتسمك خفيف مع خروج مُفرزُ لزج رائق من فوهات الأقنية اللعابية الصغيرة على السطح المخاطي للشفة السفلى.

ب- الشكل المقيع السطحي (التهاب الشفة لفولكمان): يتصف بتورم جاسئ في الشفة مع تقرح سطحي وجلُب تغطي فوهات الأقنية اللعابية.

ج- الشكل المُقيِّع العميق؛ يتصف بتورم شديد في الشفة وتشكّل خراجي عميق ونواسير تترك ندبة، ويؤدي الضغط الخفيف إلى نضع مخاطي قيحي.

قد يتطور الشكل الشديد (القيح العميق) في ٢٠-٣٪ من الحالات إلى سرطانة حرشفية، مما يدعم الرأي القائل: إن الثهاب الشفة الفدي هو نتيجة للالتهاب السفعي.

#### المالجة:

 تعطى في الحالات الوذمية الخفيفة مضادات الهيستامين.

• أما في الحالات القيحية فتعطى مضادات الجراثيم



الشكل (٦) التهاب شفة ورامي حبيبومي. وذمة ناكسة أدت إلى ضخامة دائمة في الشفة

بعد إجراء الزرع والتحسس الجرثومي.

• وفي الحالات العُقيدية تحقن الستيروئيدات موضعياً أو تعطى عن طريق الفم، ولكن يخشى في هذه الحالة من التليف والتندُّب الموضعيين إضافة إلى التأثيرات الجانبية للمعالجة الطويلة بالستيروئيدات. وقد يفيد دهن ه فلوروراسيل بديلاً من الاستئصال الجراحي.

 ينصح في الحالات المتقرحة بإجراء خزعة لنفي الثدن dysplasia والسرطانة الوسفية، فإذا تبين وجود ثدن متوسط أو شديد استؤصلت حافة الشفة vermilionectomy استئصالاً طولانياً أو أجريت الجراحة القرية: إضافة إلى اتخاذ الحيطة للحماية من الشمس والمراقبة المستمرة لاحتمال النكس.



# التهاب الشفة الحبيبومي C. granulomatosa: هو ثورم الشفة ثورماً مزمناً يعزى لالتهاب حبيبومي: إ-يطلق عليه التهاب الشفة لميشر Miescher حينما تتحدد

التبدلات الحبيبومية في الشفة (الشكل ٢).

ب يشكل عرضاً لمتلازمة ملكرسون - روزنتال -Melkersson Rosenthal syndrome، ولها ثلاثة مظاهر: تورم الشفة: واللسان المتشقق: والشلل الوجهي (الشكل ٧).

• التظاهرة الباكرة للمتلازمة هي تورم مفاجئ غير مؤلم بالجس منتشر أو عقيدي لإحدى الشفتين (العليا أكثر قليلاً من السفلى) أو في إحدى الوجئتين أوفي كلتيهما. وقد يكون الثورم في الجبهة والأجفان أو في جهة واحدة من الفروة. ويتراجع الثورم بعد ساعات أو أيام، لكن الورم يستمر بعد هجمات متكررة أو يزداد شدة ببطه ليبقى دائماً. وحين تزمن الحالة فإن الشفة تصبح مؤلة ضخمة ومتشققة. قد يرافق الهجمات ترفع حروري وأعراض بنيوية كالصداع وتشوش الرؤية، وتتضخم العقد اللمفية في نصف الحالات.

يشاهد اللسان التشققي في ٢٠-٤٠٪ من الحالات وقد
 يكون ولادياً، وقد يفقد بعض المرضى حس النوق أو ينقص
 عندهم إفراز اللعاب.

يحدث الشلل الوجهي في ٣٠٪ من الحالات، وقد يكون
 في البدء متقطعاً ثم يصبح مستمراً، وهو وحيد الجانب أو ثنائي الجانب، جزئي أو تام. وقد تصاب أعصاب قحفية أخرى





الشكل (٧) مقالازمة ملكرسون - روزنتال تورم الشفة العليا، لسان صفني (تشققي)، خزل وجهي شقى

كالعصب السمعي والشُّمَي والبلعومي اللَّساني أو تحت اللَّساني.

أسباب المتلازمة مجهولة وهي نادرة تحدث في الشباب، وهناك استعداد جيني من نعط HLA-All HLA-A2 وتولّد الخلايا المناعية THl انترلوكين١٢. ويعزوها بعضهم لعامل خمجي أو لارتكاس تجاه بعض الأطعمة أو الأدوية.

تتعلق خطورة هنه المتلازمة بالمرض العضوي المرافق كداء كرون أو الساركوئيد أو الورام الحبيبي الفموي الوجهي.

المالجة: تجنب المواد المشكوك بإحداثها للمرض.

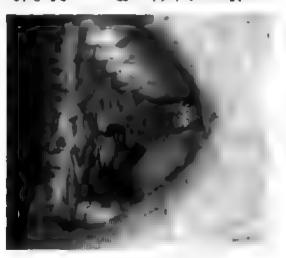
- زرق تریامسینولون ۱۰ املغ داخل الشفة ویمکن تکرار
   الزرق کل ٤-٦ أشهر، کما یمکن مشارکتها ورأب الشفة
   labioplasty
- كلوفاميزين ١٠٠ملغ مرتين يومياً مدة ١٠ ايام ثم مرتين اسبوعياً مدة اربعة اشهر.
- قد يفيد الميترونيدازول والبنسلين والأريترومايسين والسلفاسالازين.

## ١- التهاب الشفة الزَّاوي angular cheilitis:

هو التهاب حاد أو مزمن في جلد الشفتين ومخاطيتهما المجاورة لزوايا الفم. يتظاهر بحمامي وتشققات وتوسف وجلب في الصوارين (الشكل ٨).

الأسباب: هناك عوامل مؤهّبة تشترك في إحداث التهاب الشفّة الزّاوي أهمها:

- آلية (ميكانيكية): تتضح في المسنين الدين لا يضعون بدائل سنية أو يضعون بدائل غير مناسبة، أو بسبب تقدم العمر وتراجع البوارز السنخية وضمورها وتقدم الشفة العليا على السفلى فتصبح منطقة الصوارين رطبة.
- خمجية: أهمها بسبب الكورات العنشودية والبيضات



الشكل (٨) التهاب شفة راوي

التي تزداد في الذين يضعون بدائل سنية. كما قد يترافق التهاب الشفة الزاوي عند الأطفال والمكورات العنقودية والمبيضات ولاسيما في حالات سوء التغذية.

- عوز غنائي: ولاسيما عوز الريبوفلافين والشولات والحديد وسوء التغذية ناقصة البروتين. يؤدي نقص الريبوفلافين أيضاً إلى شفاه حمر لامعة وملس ولسان معدوم الحليمات مؤلم بالجس. أما نقص الحديد فيسبب لساناً ضامراً شاحباً عديم الحليمات. كما يشاهد التهاب الشفة الزاوي في المصابين بداء كرون أو الورام الحبيبي الضموي الوجهي.
- قصور مناعي: قد يكون التهاب الشفة الزاوي المرافق لداء المبيضات والمعند على المعالجة تظاهرة باكرة لقصور مناعى، وقد يترافق والسكري والإصابة بفيروس HIV.
- أسياب أخرى: فرط الإلعاب الذي يؤدي إلى استمرار رطوبة زوايا الفم، والتهاب الجلد التأتبي والتهاب الجلد المثي وداء داون الذي يتصف بضخامة اللسان والتهاب جلد النهابات المائي.

#### المالجة

- عوضعياً: كريم ميكونازول وحمض الضوسيديك
   وبوليمكسن ب: وإزالة البديلة السنية ليلا وتنظيفها قبل
   إعادتها.
- المالجة الداخلية المضادة للفطور بالفلوكوتازول أو امفوترسين ب.
- حقن الكولاجين في التشققات الفموية لتصحيح الأخاديد العميقة.

#### ٧- شق منتصف الشفة:

يشاهد في الذين يتنفسون من فمهم ولاسيما الأطفال. ويهيئ لهذه الحالة التمرض للشمس والهواء والبرد والتدخين، كما يشاهد هذا الشق في المسابين بمتلازمة داون. المعالجة: تطبيق نترات الضضة موضعياً وحمض

الساليسيليك ومضادات الالتهاب.

## ٨- التهاب الشفة الدوائي:

يسبب الريتينوئيد والإتريتينات والإيزوتريتينوئين جفافاً شديداً وتوسفاً في الشفتين، كما يسبب تطبيق الكلورهكزيدين ارتكاساً التهابياً في الشفة.

## دَالثاً- آفات الأفشية المُخاطية القموية:

وهى آفات يرافق بعضها الأمراض التالية:

## ١- الأمراض المدية الموية:

أ- داء كرون؛ قد يرافقه تورم الشفة واللَّثة واللسان

المرصوف والقرحات القلاعية والسليلات المخاطية والتهاب الشفة الزاوي والحبيبوم الفموي.

ب- التهاب القولون القرحي: ترافقه تقرحات قلامية
 وقرحات نزفية سطحية والتهاب شفة زاوي.

ج- الجزر المعدي المريثي: يرافقه نخر سني.

etechia عبر الأمراض الكيدية المزمنة: قد يرافقها حبر petechia ونزف لثوي لأقل رضح، واصفرار الغشاء المخاطي لشراع المحنك وتحت اللسان.

## ٧- الأمراض الدمويَّة؛

 أ- فقر الدم: يرافقه شجوب الغشاء المخاطي والتهاب اللسان والقلاع الراجع والأخماج بالمبيضات والتهاب الضم الزاوي.

ب كثرة التُنْسِجات histlocytosis بخلايا لنفرهانس ويشمل:

داء ليترر سيوي: ترافقه تقرّحات كبيرة وكدمات والتهاب
 لثة والتهاب دعامة السن.

داء هائد شوار كريستيان: ترافقه قرحات غير منتظمة
 على الحنك العظمى والتهاب لثة وعقيدات متقرحة.

داء الحبيبوم اليوزيني: يرافقه نقص العظم السنخي وثورُمات وتقرَحات فموية.

## ٣- أمراض النسيج الضام:

أ- متلازمة جوغرن: (وسيأتي شرحها لاحقاً).

ب داء كاواساكي: مرضٌ نادر يصيب الأطفال الذين يقل عمرهم عن خمس سنوات. يتم تشخيصه باجتماع أربعة أعراض من الأعراض الخمسة التالية: وذمة محيطية في اليدين والقدمين مع حمامي أو توسفُ، طفح ظاهر متعدد الأشكال، احتقان ملتحمة ثنائي الجانب، لسان أحمر فريزي، ضخامة عقد للفية رقبية حاد، ومن عقابيل التهاب الأوعية التهاب عضلة القلب الذي يحدث بعد أسبوع من الحمي.

## ا- أمراض رثوية ومنها:

أ- الورام الحبيبي لويفتر Wegener : هو النهاب وعائي منخر يصيب الجهاز التنفسي والكليتين. تتجلى الإصابة الفموية الشائعة فيه بتقرحات على المخاطية الشدقية أو الحنك، وضخامة لشة و"النهاب لشة فريزي" تبدو فيه اللشة متورمة حمراء ذات مظهر حبيبي.

ب الساركوليد؛ هو مرض مجموعي مجهول السبب يتصف بضخامة عقد للفية نقيرية hilar مع حُبيبومات في الرئتين وتظاهرات عينية جلدية. قد تتجلى التظاهرات الفموية فيه بثقرحات متعددة عقيدية غير مؤلة على اللثة

والخاطبة الشدقية والخاطبة الشفوية والحنك يمكن تشخيص سببها بالخرّعة. وتظهر الإصابة الفموية عادةُ بعد الأعراض المجموعية.

#### أمراض مجموعية متعددة:

أ- الداء التشوائي، يصيب الشكل الأولي منه عادةً الجلد، القلب، اللسان، الجهاز المعدي المعوي، الكليتين. أما العرض الفموي الشائع فهو ضخامة اللسان في ٢٠٪ من المرضى، وقد يكون قاسياً أو تظهر على سطحه الجانبي عقيدات صفر، ويمكن أن يرافقه اضطراب الذوق ونقص اللعاب وتورم تحت الفلك السفلى.

يه خمج (HIV): يحدث في ٢٠٪ من المرضى المسابين به داء المبيضات والحلأ البسيط والطلوان المشعر وساركومة كابوزي وتقرحات شبيهة بالقلاع سببها القيروس المضخم للخلايا، وحُليمومات ولُقمومات بسبب شيروس الورم الحُليمي الإنساني.

# رابعاً- التظاهرات القموية في الأمراض الجلدية: ب- الحزاز السُطح القموي oral lichen planus:

هو داء التهابي مزمن يسبب تخططات (خطوط ويكهام) وحطاطات أو لويحات بيض ثنائية الجانب على المخاطية الشدقية واللسان واللثة. وقد يسبب حمامي وتسحجات (قرحات سطحية) أو نُفاطات (الشكل 4). قد تشترك عدة أشكال كأن تظهر خطوط بيض وأخرى رمادية بشكل شبكي على سطح حمامي: أو تقرّح سطحي مُصفر مُحاط بحمامي، وقد تظهر في المستعدين للتصبغ لطخات بنية على مخاطية الفم (مُلان التهابي). تستمر الأفات استوات مع فترات هدوء واشتداد، وتعزى فترات الاشتداد إلى الشدة النفسية والقلق. يعد الداء مرضاً مناعباً ذاتياً بالوساطة الخلوية التائية. أما المستضد المسبب فغير معروف وقد يكون ذاتياً دواشياً أللاريا، حاصرات بيتا، السلفونيلوريا، ومثبطات محول الأنجيوتنسين)، أو يكون محسسات موجودة في معاجين الأسنان ومواد ترميم الأسنان، أو رضحاً (ظاهرة كوبنر) كسن الأسنان ومواد ترميم الأسنان، أو رضحاً (ظاهرة كوبنر) كسن



الشكل (٩) حزاز مسطح تآكلي شديد على الشفتين ومخاطبة القم

خسنة ويديلات سنية أو عض اللسان والخد، أو خمجاً فيروسياً، كما ذكر حدوثه بعد زرع خلايا جنعية غيرية مكونة للدم. قد يرافق الحزاز المسطح الفموي أمراضاً مناعية أخرى كالحاصة البقعية، والتهاب الجلد والعضالات والحزاز التصلبي الضموري والقشيعة والبهاق والتهاب القولون القرحي وأدواء كبدية كالتهاب الكبد من نمط C والتشمع الصفراوي الأولي، يشاهد الحزاز المسطح الفموي في ١-٣٪ من الناس، ويصيب النساء أكثر قليلاً من الرجال وبعمر فوق من الناس، ويصيب النساء أكثر قليلاً من الرجال وبعمر فوق الما فموياً والزعاجاً حين تناول التوابل والحوامض والأطعمة الساخنة، وهي تحمل بعض الخطورة، ففي أقل من ٥٪ من المرضى قد يتطور لسرطانة حرشفية.

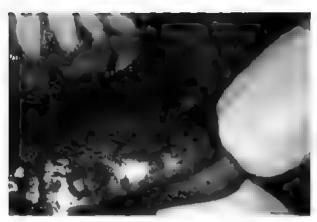
المعالجة، غايتها إزالة الألم والأفات الفموية وإزالة خطر سرطان الفم والمحافظة على صحة الفم. ليس هناك علاج شاف وأهم ما يجب العمل به هو: إبعاد العوامل المحرضة لسورات المرض وتبديل الدواء المشكوك بإحداثه للمرض، وتنبيه المرضى لخطورة التدخين والكحول ونصحهم بتناول الخصار والفواكه الطازجة وتطبيق الستيروئيدات الموضعية، أما في الحالات المعندة على الكورتيزونات فقد تحدث الاستجابة للتاكروليموس الموضعي، ومن المعالجات الأخرى هيدروكسي كلوروكين وازاتيوبرين والدابوسن والستيروئيدات المجموعية والربتينوئيدات الموضعية والمجموعية.

#### ۲- الصنفية (الصداف) psoriasis:

تتظاهر على نحو استثنائي ونادر على الشفتين واللسان والحنك والمخاطية الشدقية واللثة. لا يمكن تمييز اللسان الصدفي من اللسان الجغرافي، ويكثر حدوث اللسان المتشقق في المصابين بالصداف، ميز بيندبورغ موجودات ثلاثة في الصداف الفموي: حطاطات صغيرة مبيضة تبدي نقاطأ نزفية عند كشطها، ولويحات بيض وحمر، ولطخات حمر لامعة، يتم تشخيص الصداف بالخزعة، ونادراً ما يظهر الصداف الفموي من دون إصابة جلدية.

#### ٣- أدواء الثناعة الذاتية الفقاعية:

أ-الفقاع pemphigus: هو مرض جلدي مناعي ذاتي حالُ للأشواك تهاجم فيه الأضداد الخلايا الشائكة القرنية في الجلد والفم مسببة ظهور حويصلات رخوة وفقاعات سرعان ما تتمزق لتبدو آفات سحجية قرحية سطحية غير منتظمة ومؤلة (الشكل ١٠). ببدأ المرض في ٥٠٪ من الحالات بأفات فموية، ومن المؤكد إصابة جميع المرضى بآفات فموية في مرحلة من مراحل مرضهم. أغلب المرضى من الكهول وهناك



الشكل (١٠) فقاع شائع، مناطق متسحجة متعددة على المخاطية الشكل (١٠)

استعداد جيئي واضح للإصابة. أكثر ما تظهر الأفات في أماكن الرضح الميكانيكي كالخط بين شراع الحنك والحنك العظمي والشفتين والمخاطية الشدقية واللسان وأحياناً اللثة. تكون الظهارة هشة وتزال بسهولة (علامة نيكولسكي) من دون نزف. قد يتلو مرض الفقاع تناول بعض الأدوية كأدوية الضغط (كابتات محول الأنجيوتنسين) والعوامل الخالبة كالبنسيلامين.

ب- شبيه الفقاع Pemphigoid: يتميز منه شكلان: شبيه الفقاع الفقاع الفقاع العقاء المخاطي BMMP أو شبيه الفقاع السليم للغشاء المخاطي BMMP أو شبيه الفقاع الندبي. تنفصل الظهارة عن النسيج الضام عبر الصفيحة الصافية lamina lucida للغشاء الضام عبر الصفيحة الصافية تصاب النساء أكثر من الرجال بعد العقد الخامس من العمر. يصيب الشكل الأول من شبيه المفاع BM الجلد أولاً ثم تصاب الأغشية المخاطية في أقل من نصف الحالات، أما الشكل الثاني BMMP فيصيب بصفة رئيسة المخاطية، ويصيب الجلد في أقل من ١٠٪ من الحالات.

الأعراض القموية في الشكلين، التهاب لثة توسفي (كذلك يرى في الحزاز المسطح والفقاع) وهشاشة اللشة مما يعوق الطعام ويسبب الألم. تظهر نفاطات على الحنك والخاطبة الشدقية والشفوية في ١٥-٠٤٪ من الحالات، وإذا تمزقت الفقاعات يبدو نسيج نازف أحمر لامع على أطرافه مخاطية بيضاء ممزقة. لا تترك آفات شبيه الفقاع ندبات بالرغم من عمتها. يُفرق عن الحزاز المسطح والفقاع بالفحص النسجي والنسجي المتاعي: إذ تتوضع IgG و23 على طول الفشاء القاعدي. تعتمد المعالجة على الدابسون والمستيروليدات اخلياً وسيكلوفوسفاميد أو أزاتيوبرين.

ج- الجُلَّد الفقاعي الغلوبوليني الخطي IgA. ه- الحلال البشرة الفقاعي المكتسب.

- ه- الثأب الحمامي المجموعي الفقاعي.
- و- الفقاع المناحب للورم؛ كالساركومة اللمفية.
  - ‡– الشواك الأسود acanthosis nigricans:

تحدث التظاهرات الفموية في ٢٥٪ من مرضى الشواك الأسود الخبيث (ليس النمط السليم منه)، تظهر الأورام الحليمية على الشفتين واللسان والحنك مع قرط تنسبُج لثوي بين الأسنان.

- ه- الذأب الحمامي lupus erythematous.
  - ٦- منازية الجلد scleroderma:

تتضيق النسج الرخوة حول الفم في صلابة الجلد، وقد يحدث ضرز tnsmus وجفاف الفم وتبدلات النسج الداعمة للأسنان وعظام الفك؛ مما يؤدي إلى صعوبات في المضغ والبلم وإلى فقدان الأسنان.

خَامِساً - التَظَاهِراتَ الفَمويةَ لَلْمِعالُجِاتَ النوائيةَ:

فيما يلي أهم التظاهرات الفموية وما قد يسببها من دوية:

١- جفاف القم:

ويسبيه؛ مضادات الاكتئاب ومضادات النهان وخافضات الضغط ومضادات الهيستامين ومضادات الكولينات ومضادات الاحتقان.

٢-- التورم:

ويسبيه: البنسلينات والأسبرين والسلفا ومثبطات الإنزيم الحول للأنجيوتنسين.

٣- التقرح اللانوعي والثهاب الفشاء المخاطي:

ويسبيه: مضادات الأورام (الميتوتركسات وه فلوروراسيل والدوكسوروبيسين والملفالان) والبرييتورات والدابسون ومشتقات الفينازون والفنولفتالئين والسلفوناميدات والتتراسكلينات ومضادات الالتهاب غير الستيروئيدية والميبروبامات والمتيل دويا والبنسيلامين والفنيل بوتازون وبروبانولول والتيازيدات والتولبوتاميد والفينيتوئين والستحضرات الموضعية التي تحوي الأسبرين أو الفنول أو المدووجين بيروكسيد.

- افات حويصلية فقاعية أو قرحية تقلد الأمراض
   الثناعية:
- أ- آفات تشبه الحزاز المسطح، قد يحدثها الألوبورينول والأمفوترسين ب ومضادات الملاريا والزرنيخ وحاصرات بيتا والبزموث والكلوروتيازيد والبزموث والكلوروتيازيد والكلوريروياميد والسيميتيدين والسيناريزين والسياناميد والدابسون والفنكلوفناك والفلوناريزين والضوروسميد وأملاح

الدهب والإيزوذتيازيد والكيتوكونازول والليفامينزول واللينومينول واللينيوم واللورازيبام والزئبق ومنيل دويا والمينوبروبازين والبالاديوم والاوكسبرينولول وحمض بارا- امينوساليسيليك والبيريمينامين والسترينومايسين والتتراسيكلين والتوليوتاميد والبيرينينول، والسبيرونولاكتون والتريبرونولاكتون

ب- آفات تشبه حمامي عديدة الأشكال: وقد يحدثها كل من المضادات الحيوية (البنسلينات ومضادات الملاريا والسلفوناميدات والمتتراسكلينات) والألوبورينول والبرييتورات ومثبطات البروتياز ومضادات الالتهاب الستيروئيدية.

ج- آفات تشبه شبيه الفقاع؛ وقد تحدث بمضادات الرثية (بنسيلامين، ايبوبروفين، فيناسيتين) والأدوية القلبية الوعائية (فوروسيميد، كابتوبريل، كلونيدين) والمضادات الحيوية (بنسلين، سلفوناميد) والأدوية المحتوية على التيول ومشتقات السلفوناميد.

د- آفات تشبه الفقاع؛ وقد تحدث بألفا مركابتوبروبيونيل والغليسين والأمبيسيلين والكابتوبريل والسيفالكسين والايتوبروفين والسنسيلامين والايتوبروفين والبنسيلامين والفينوبارييتال والفنيل بوتازون والبيروكسيكام والبروبانولول والريفامبيسين.

آفات تشبه الذاب الحمامي: وقد تحدث بالكارباماريبين والذهب والغريزيوفلفين والهيدانتوئين والهيدرالازين والإيزوتيازيد والليتيوم ومتيل دويا والبنسيلامين والكينيدين والرزريين والستربتومايسين والتيوراسيل.

#### ٥- التصبغ:

قد يحدث بالأميودارون ومضادات الملاريا والكلوفازيمين والإستروجين والسيكلوفوسفاميد والكيتوكونازول والمينوسكلين والفينيل بوتازون والمهدئات (كلوريرومازين) والمعادن الثقيلة.

## ٦- الضخامة اللثويَّة:

قد تحدث بحاصرات قنوات الكلسيوم (أملوديبين، بيريديل، فيلوديبين) وبالديهيدرويبريدينات (بليومايسين) والسيكلوسبورين والفينيتونين وفالبروات الصوديوم،

## سأدسأ- القبلة الخاطية والكيسة الضفيدعية:

تنشأ القيلة المخاطية mucocele من الفند اللعابية الصغيرة ويرافقها احتباس مخاطي وتسريه في النسج الرخوة المحيطة. أما الكيسة الضفيدعية ranula فتنشأ من الفدد اللعابية الكبيرة وعلى نحو خاص من الفدة تحت

اللسان واقنية ريفيني للغدد تحت اللسان وفي قناة وارتون للغدة تحت الفك وتقسم إلى كيسات فموية ورقبية أو غاطسة.

الفيزيولوجيا المرضية: انقطاع القشاة المفرغة للغدة المعابية الصغيرة نتيجة أذية رضحية (رضح على الوجه أو الفم، كعض الشفة السفلى الذاتي أو التحريك المفاجئ للسان، رض في أثناء الولادة قد يسبب قيلة مخاطية في الوليد)، أو انسداد القناة المفرغة. كما يسهم في تشكل القيلات تبدل وظيفة الغدة اللعابية الصغيرة وتركيب اللعاب حيث تزداد الإنزيمات الحالة للبروتين في اللعاب.

من الأسباب المؤدية إلى انسداد القناة المفرغة وتشكل الكيسات الضفيدعية: الحصاة اللعابية، والتشوه الولادي وعدم تكون القناة المفرغة وتضيق القناة وتليف حول القناة أو ورم.

المظهر السريري: تظهر القيلة الخاطية في أي مكان من مخاطية الضم توجد فيه الغدد المخاطية الصغيرة، لكن ٧٥- ٨٠٪ منها تشاهد على الشفة السفلى: وتتظاهر بتورم غير مؤلم متحرك بالجس، مقبّب: مغطى بظهارة سليمة بقطر أقل من ١٠ سم (الشكل ١١). هناك قيلة Blandin and Nuhn التي تظهر على الخط المتوسط للوجه السفلي الأمامي السان بشكل يشيه السليلة. أما القيلات السطحية التي تظهر على شراع الحنك فتبدو بشكل حويصلات متعددة صغيرة متوترة شافة مقبّبة تشفى خلال أيام، وقد يسببها تخريش التبغ والحرارة في المدخنين.

أما الكيسة الضغيدعية الغموية فتظهر بشكل كتلة شافة مزرقة وحيدة الجانب على قاع الفم (الشكل ١٢)، وقد تكون مؤلة تعوق الكلام والمضغ والبلع وأحياناً التنفس.

المالجة؛ قد تشفى القيلة تلقائياً ولاسيما عند الرضع



الشكل (١١) قيلة مخاطية في موضع نمودجي (باطن الشفة السفلى)



الشكل (١٢) كيسة ضفيدعية فموية وحيدة الجانب عند شاب، متظاهرة بتورم بنفسجي في قاع الفم

والأطفال. أما الرشف aspiration فغالباً ما يتبعه النكس. يمكن اللجوء إلى التسليخ dissection أو الاستئصال بالليزر أو الجراحة القريّة أو الكي الكهربائي. والقيلات السطحية لا تحتاج إلى تدخل جراحي ما لم تتكرر. أما الكيسسة الضفيدعية فيفضل فيها الجراحة وعالجها بعضهم بنجاح بالتصليب أو بحقن ذيفان البوتولينيوم الإزالة تعصيب الأعصاب الودية المسؤولة عن الإلعاب.

## سايماً- آفات الأغشية الخاطية الغموية:

#### ١- قرحات القم:

الأسباب العامة لقرحات مخاطية الفم:

- عوامل رضحية (حرارية، كيميائية، فيزيائية).
  - التهاب الفم القلامي.
- عوامل خمجية (فيروسية أو جرثومية أو فطرية).
  - أرج تماسى أو جهازي.
    - أورام.
- أمراض مجموعية (اضطراب مناعي ذاتي أو دموي أو
   وعائي).

# أ- القرحات الفموية الرضحيَّة:

تبدأ فجأة وتشفى تلقائياً خلال أيام أو أسابيع. أهم أسبابها: رضح ذاتي ناتج من حافة سنية حادة أو طعام أو فرشاة أسنان أو بدائل سنية غير مطابقة أو رضوح ناجمة عن تطبيق جهاز تقويم الأسنان أو جهاز الإطباق أو رض ناتج من حادث.

القرحة اليوزينية eosinophilic ulcer؛ هي قرحة رضية وحيدة غير منتظمة يغطيها غشاء فبريني مع هالة حمامية وقد تتقيح. تكون حواف القرحة مرتضعة جاسئة يراوح قطرها من ملليمترات إلى ٧-٨سم (الشكل ١٣). تظهر في أي مكان من المخاطية لكنها تتوضع على اللسان في نحو ٦٠٪ من الحالات. ويعد داء Riga-Fede شكلاً من القرحة اليوزينية



الشكل (١٣) قرحة يوزينية غير شافية جاسئة على السطح الجانبي للسان. ارتبطت الأفة بسن مكسور مجاور

تظهر في الرضع وحديثي الولادة على الوجه السفلي الأمامي للسان بسبب الرُض الناجم عن القواطع السفليّة اللبنيّة في اثناء الرضاعة مسببة إزعاجاً لهم في حينها.

ب- التهاب الفم القلاعي aphthous stomatitis - القرحات القلاعية الناكسة recurrent aphthous ulcers أو قرحات كانكر:

هي أكثر آفات الأغشية المخاطية مشاهدةً (تصيب نحو ٢- ٢٦٪ من الناس، والنساء أكثر إصابةً بها من الرجال).

## التقسيم المرسى السريري للقلاع الناكس:

- (۱)-قرحة قلاعية ناكسة صغيرة: وهي الأكثر شيوعاً وتبدأ غائباً في الطفولة، تظهر في أشخاص آصحاء بشكل قرحة مؤلمة ضحلة محددة، قطرها أقل من اسم، قد تكون وحيدة أو متعددة على المخاطية المبطئة، محيطها حمامي مرتضع قليلاً وقد يقطي قاعدتها فبرين أبيض، تشفى خلال ٥-٧ أيام من دون ترك ندبة (الشكل ١٤).
- (Y)- قرحة قلاعية ناكسة كبيرة، وهي أقل شيوعاً، تظهر بشكل بيضوي، قطرها يزيد على اسم، قد تكون متعددة، عميقة، متلاقية، حوافها غير منتظمة، وقد تستمر ستة أسابيع حتى شفائها تاركة ندبة. تبدأ هذه القرحة عادة بعد البلوغ وتلازم حياة المريض وهي قليلة الحدوث بعد الكهولة.



الشكل (١٤) قرحات قلاعية على المخاطية الشفوية والميزابة

(٣)- قرحة قلاعية حللية الشكل: هي أصغر القرحات القلاعية: إذ لا يزيد قطرها على املم وتميل إلى الحدوث بشكل عناقيد، تتألف من عشرات أو مئات القرحات الدقيقة. تبدأ بالظهور في العقد الثاني من العمر، وقد يزداد تكرار الهجمات وشدتها في العقد الثالث والرابع ليتناقص مع تقدم العمر.

تصيب القرحة القلاعية الناكسة السطح غير المتقرن أو قليل التقرن في كل من مخاطية الضم ومخاطية الشفة والمخاطية الشدقية والثلم الفكي العلوي والسفلي واللثة غير المتصفة وشراع الحنك والحفرات الموزية وقاع الفم والسطح السفلي للسان. كما قد تصاب الأغشية المخاطية التناسلية، وقد تشترك القرحات القلاعية الناكسة مع المناب الحمامي المجموعي والداء المعوي الالتهابي وعوز الحديد وعوز فيتامين ب١٤.

## العوامل السيبية للمرض غير واضحة وأهمها:

- العوامل الوراثية.
- العوز الدموي: الحديد والفولات وب١ وب٢ وب٦ و ب١٠٠.
- سوء التوان المناعي: للوحيدات واللمفاويات فعل سمي في الظهارة الفموية حيث تسود الخلايا التائية المساعدة في المرحلة ما قبل حدوث التقرح وفي مرحلة الشفاء، في حين تسود الخلايا التائية الكابئة في مرحلة التقرح.
- الخمج الجرثومي: أخفقت الدراسات في تأكيد شأن فيروس الحلا، وقد تكون القرحة القلاعية الناكسة استجابة مناعية لستضدات من نوع المكورات العقدية والملوية اليوابية Helicobacter pylori.

العوامل المحرضة للنكس: الدورة الشهرية والرضح والشدة النفسية وعوز شيتاميني وأرح لبعض الأطعمة والمواد الكيميائية.

ج- متلازمة بهجت Behçet's syndrome أو داء بهجت:

هي مرض مجموعي متعدد يبدأ هي أي عمر لكنّه أكثر شيوعاً في العقد الثالث، قد تسبق ظهور داء بهجت به الشهر إلى السنوات بعض الأعراض كالوهن ونقص الشهية ونقص الوزن والصداع والتعرق وهبوط الحرارة أو ارتفاعها وتضخم المقد اللمفيّة والألم القصي أو الصدغي أو قصة التهاب بلعوم أو لوزتين متكرر وآلام عضلية واحمرار الأطراف المؤلم الهاجر من دون التهاب مفاصل واضح.

يُعتمد حديثاً في تشخيص داء بهجت على المعيار الدولي لعام ١٩٩٠ فيوضع التشخيص بحدوث تقرح فموي راجع قلاعي كبير أو صغير أو حلئي الشكل ينكس ٣ مرات على



الشكل (١٥) قلاع صغير في متلازمة بهجت

# الأقل خلال ١٢ شهراً إضافة إلى اثنين مما يلي:

- تقرح تناسلي راجع recurrent.
  - أفات عينية.
  - أفات جلدية.
- إيجابية اختبار الأرجية المتعددة.

#### الأعراض السريرية:

- القرحات الفموية: لا تميز من القلاع الشائع وتستمر أسبوعاً إلى أسبوعين ثم تشفى من دون ندبة. تصيب اللسان والشفتين والمخاطية الشدقية واللثة. تراوح الفترة بين النكسين بين أسابيع إلى أشهر. وتصنف في ثلاثة نماذج: صغيرة (الشكل ١٥) وكبيرة وحلئية الشكل.
- القرحات التناصلية: تشبه القرحة الفموية لكنها قد تترك ندبة. تشاهد في ٥٩-٩٧ من الحالات وتعد عرضاً ثانوياً للقرحة الفموية. تظهر القرحات في الرجال على الصفن والقضيب والمنطقة الأربية. أما في الإناث فتظهر على الفرج والمهبل وعنق الرحم والمنطقة الأربية، كما قد تظهر على فوهة الإحليل وحول الشرج.
- التظاهرات الجلدية: آفات تشبه الحمامى العقدة، إضافة إلى طفح حطاطي بثري، وآفات تشبه الحمامى عديدة الأشكال والتهاب الوريد الخثري والقرحات وآفات تشبه متلازمة سويت والتهاب أوعية فقاعي منخر، تقيح الجلد الغنفريني، وارتكاس جلد التهابي غير نوعي تجاه أي خدش أو بعد حقن سائل ملحى داخل الأدمة.
- التظاهرات العينية: تظهر في ٤٧-٦٥٪ من المرضى، وأهمها التهاب العنبية الخلفي، التهاب وعالي شبكي، ومن الأفات الأخرى للتظاهرات العينية: التهاب العنبية الأمامي والتهاب الشيمية والشبكية والتهاب الشيمية والشبكية والتهاب الشيمية والشبكية والتهاب المصلبة والتهاب القرنية والنزف الزجاجي والتهاب العصب البصري والتهاب الملتحمة وانسداد الوريد الشبكي، وتنناقص الرؤية بسبب الزرق الثانوي أو الساد أو النزف

- الرّجاجي، وقد يحدث عمى مفاجئ بسبب خشرة الوريد الشبكي أو ضمور العصب البصري.
- التظاهرات الوهالية: انسداد شرياني وانسداد وريدي وأمهات دم ودوال.
- التظاهرات المصلية: يشكو نصف الرضى من التهاب مفاصل أو التهاب الزليل. ويعد التهاب المفاصل المظهر الثانوي الأكثر شيوعاً في الأطفال.
- التظاهرات المصبية: متلازمة جدع الدماغ والتهاب السحايا والنخاع.
- الأرجية المتعددة pathergy (طرط تضاعلية جلدية):
   يجرى الاختبار بوخز إبرة أو حقن محلول ملحي أو هيستامين
   ممدد داخل الأدمة، وتكون الإيجابية بظهور احمرار ويشرة
   صغيرة عقيمة في مكان الوخز بسبب فرط فعالية الجلد.

#### الأسياب

- وراثية مناعية: HLA-B51، أثيل B101، أثيل M1CA6.
- إصابة شيروسية وجرثومية: أشار بهجت إلى شيروس الحلا الشائع والمكورات العقدية كعامل مسبب.

#### د- متلازمة رايتر Reiter's syndrome:

تظهر فيها آفات فموية تشبه القلاع لكنها تحدث على المخاطية المضغية والمبطئة على حد سواء، تميل إلى أن تكون بشكل مجموعات، وهي أقل ألماً من القلاع وتشفى تلقائياً.

#### ه- الحساسية للفلوتين gluten sensitivity:

تظهر فيها تقرحات فموية شبيهة بالقلاعية إضافة إلى المرض الموي.

و- الحُمامى متعددة الأشكال erythema multiformis:
قد تظهر فيها قرحات متجلبة على الشفتين وقرحات سطحية مختلفة الأحجام والأشكال على مخاطية الفم.

#### ٧- التهابات الغم:

#### أ- التهاب الثم الثماسي contact stomatitis:

تتحمل مخاطية الفم الثؤرجات والمخرشات عادةً لعدة أسباب:

- التروية العالية التي تساند الامتصاص وبمنع التماس المديد بالمؤرجات.
- قلة كثافة خلايا لانفرهانس والخلايا اللمفاوية التائية.
- تمدد المؤرجات باللعاب الذي يدرأ أيضاً المركبات القلوية.

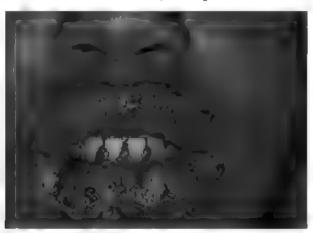
يحدث التهاب الفم التماسي في كل الأعمار مع ميله إلى الأزدياد في كبار السن، وكثيراً ما يشفى قبل أن يلاحظه المريض. وقد يشكو بعض المرضى حس حرق أو آلماً أو طعماً سيئاً في الفم، ولعاباً مفرطاً وحكة حول الفم.



الشكل (١٦) ارتكاس أرجي تماسي بسبب مادة النيكل الموجودة في تقويم الأسنان

#### الأشكال السريرية:

- اقات حمامية موضعة أو منتشرة؛ غائباً ما تترافق ووذمة.
  والمرض الشائع هو حس الحرق، وأهم أسبابه معاجين الأسنان وغسولات النعم ومواد الأسنان واللبانات المنكهة.
- تأكلات وتقرحات: تائية لحويصلات ونفاطات. تظهر على مناطق متعطنة خشنة بيضاء، مغطاة بنضحة بيضاء مصفرة مع هائة حمامية، وهي مؤلة. أما سببها فقد يكون تناول مركبات تجميلية خطأ أو التماس الطويل مع حبوب الأسبرين أو الفيتامين C: أو المستحضرات المستعملة للعناية بالأسنان، ونادراً الأملاح المدنية والأكريلات.
- آغات شبيهة بالطلوان: كما في التحسس بتماس النيكل (الشكل ١٦) والمعادن الأخرى. أغلب ما تظهر على الجزء المتوسط من الخد.
- •ارتكاس حزازي الشكل: قد يتلو التماس بالملغم المستخدم لترميم الأسنان.
- شرى تماسى: يتظاهر بتورم الشفتين واللسان والمخاطية الشدقية واللثة. ويحدث فجأة ترافقه حكة شديدة وأحياناً انسداد المر الهوائي العلوي. وسببه مادة اللاتكس حين



الشكل (١٧) شرى تماسي في اللسان عند مريض يشكو من أرج لمادة اللاتكس

تماسها مخاطية الضم بقفازات الطبيب ويعض الأدوات السنية في أثناء معالجة الأسنان. كما يحدث أرح في المتحسسين للاتكس (الشكل ١٧) بعد تناول بعض الخضار والضواكه ولاسيما الموز والكستناء والأفوكادو والكيوي (متلازمة لاتكس- فواكه).

- متالزمة الفم الحارق: تتصف بحس حرق وجفاف
   مخاطية الفم يتحسنان مع تناول الوجبات. يبدو أن
   الاضطراب ذو منشأ نفسى مع اتهام الكثير من المؤرجات.
- ورام حبيبي هموي وجهي: قد يسوء بالتماس بالزئبق والذهب والأطعمة، وقد يتحسن بعد رفع المحسسات المتهمة.

## ب- التهابات الفم الخمجية:

# (١)- التهاب الفم الفيروسي:

أكثر الأسباب شيوعاً للأمراض القيروسية الأولية في باطن الفم هي من نمط HHV (القيروس الحلئي البشري) HPV (فيروس الورم الحليمي البشري) إضافة إلى فيروسات أخرى قد تصيب جوف الفم عند الإنسان وتؤدي إلى أمراض موضعية أو مجموعية وأهمها: فيروس كوكساكي والنكاف والحصية والحصية والحصية الألمانية.

- شيروس HHV: قد يكون أولياً أو ناكساً وله ثمانية أنماط.
   تسبب أمراضاً في الفم.
- الطلوان المسمر الفهوي oral hairy leucoplakia؛ يظهر في الأشخاص مكبوتي المناعة، المصابين بالإيدز وخاصة المدخنين والمصابين بابيضاض الدم وبعد زرع الأعضاء إضافة إلى المعالجات الكيميائية الكابتة للمناعة، يبدأ المرض على طول الحواف الجانبية للسان على نحو غير متناظر بآفات بيض متسمكة لاصقة، يبدو سطحها بمنظر مشعر في الحالات الشديدة (الشكل ۱۸). وقد تمتد الأفات أحياناً إلى



الشكل (١٨) طلوان مشعر فموي. لويحة بيضاء على الحافة الجانبية للسان

الوجه السفلي للسان وقاع الفم واللوزتين والبلعوم من دون المظهر المشعر.

- شيـروس (HPV (human papilloma virus): وأهم ما سبب:
- اللقموم المؤلف أو الثاليل التناسلية؛ يسببها HPV-6.
  المحيث تكون الأفيات فنبيطية مشققة، وحيدة أو متعددة تظهر على المخاطية غير المتقرنة.
- داء هيك Heck s disease أو فرط التنسيج الظهاري
   البؤري: يسببه شيروس 13-HPV-32.
- ♦ الخباثة القموية: قد يكون لكل من 16-HPV-18، HPV-38
   HPV-33 شأن في إحداثها.
- ♦ شيروس كوكساكي A: وآهم ما يسبب: النباح الحلثي herpangina ، وداء اليد – القدم والغم.

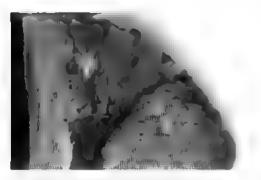
# (٢)- التهابات الفم الفطرية:

اكثرها شيوعاً داء البيضات. وهناك أخماج فطرية نادراً ما تصيب الأصحاء إلا في المناطق المتوطنة يُذكر منها؛ داء الرشاشيات، داء المنطار البرعمي، داء الفطار فقير الكرواني وداء الفطار العضني.

داء المبيضات candidiasis: السبب السائد لأغلب حالات داء المبيضات هو المبيضات البيض Candida albicans، وهذاك أنواع أخرى مثل المبيضة كروزي في منقوصي المناعة والمبيضة غلابرا في المتعرضين للإشعاع لمعالجة سرطان الرأس أو العنق، ومبيضة دوبليتينسيس في المصابين بالإيدز. تعيش المبيضة المبيضة المبيضاء متعايشة في الضم وتصبح ممرضة في ظروف معينة.

## لداء البيضات الفموي أريعة نماذج:

• داء البيضات الحاد الغشائي الكاذب (السلاق thrush): يشاهد في حديثي الولادة الأصحاء أو في الأشخاص الذين يشكون من جفاف القم أو يتناولون المضادات الحيوية أو الستيروليدات موضعياً أو داخلياً أو رذاذاً. يؤهب للإصابة به كل من: خمج HIV، والمعالجة الكابنة للمناعة وابيضاضات الدم واللمفومات والسرطان والسكري. يتجلى ببقع بيض مخملية على المخاطية الشدقية واللسان (الشكل ١٩)، تنمو ببطء لتتحول للويحات متلاقية تشبه الحليب المتخشر،



الشكل (١٩) داء مبيضات فموى على المخاطية الشدقية وظهر اللسان

وينكشف حين إزالتها سطح حُمامي معرَى نازف أحياناً.

- داء البيضات الحاد الفموي (الحُمامي)، قد يؤدي إلى قرحة في الفم والاسيما على اللسان في الأشخاص الذين يتناولون مضادات حيوية واسعة الطيف، وقد يترافق والتهاب الفم الزاوي أو يكون مظهراً لخمج HIV.
- داء المبيضات المرمن مضرط التنسيج: ومن أشكاله السريرية التهاب الضم الزاوي وحيد الجانب أو ثنائي الجانب، والطلوان، والتهاب اللسان المعيني الناصف والأفات الحنكية.
- المبيضات المرّمن الضموري (التهاب فم مرتبط، بالبديلة السنية).

تزداد الإصابة بالبيضات في الفم ولاسيما في النساء في الظروف التالية:

- في أشهر الصيف.
- حين يكون اللعاب حامضياً.
- حين يشكو المريض من جفاف الفم.
- ♦ في أثناء النوم تزداد البيضات وتبلغ ذروتها في الصباح
   الباكر ثم تنقص بتناول وجية الطعام وتنظيف الأسنان.
- ♦ وضع البدائل السنية يزيد من تعداد المبيضات الصباحى.
- ♦ اثتدخين بزيد تعداد البيضات في ٣٠-٧٠ من المدخنين
   ولاسيما المسابين بالاHIV.
  - المعالجة بالتتراسكلينات.

المعالجة؛ في حديثي الولادة غير ضرورية لأن الأفات تشفى تلقائياً خلال أسبوعين، وفي الحالات الخفيضة قد تفيد الحبوب المضادة للحموضة، استخدام فرشاة أسنان طرية، غسل الضم بمحلول ممدد من هدروجين بيروكسيد ٣٪ ومراقبة سكر الدم في السكريين. وفي الحالات الشديدة يعطى غسول مضاد للفطور كلوتريمازول.

## هَى الحالات المُرَمِنَة تعملى:

♦ المركبات المضادة للفطور داخلياً وأهمها ايتراكونازول

۲۰۰ملغ يومياً، كيتوكونازول او - فلوكونازول ۵۰-۲۰۰ملغ
 يومياً.

- ♦ محرضات المناعة: عامل النقل TF لرفع المناعة الخلوية.
  - سيميتيدين ++٤ملغ ثلاث مرات يومياً.
- ♦ سلفات الزنك ٢٠٠ملغ يومياً مدة ١٦ شهراً والحديد.

## (٣)- التهاب الفم الجرثومي:

قد يكون التهاب الفم بؤرة خمجية تؤدي إلى إصابة أجهزة حيوية مهمة كالجهاز القلبي الوعائي والبولي والدماغي.

- التهاب اللثة القرحي الناخر الحاد ulcerative gingivitis سببه العصيات المغزلية أو اللولبية التي تصبح ممرضة في الفم نتيجة ضعف المناعة. أصبح هذا الالتهاب اليوم نادراً، ومن العوامل المؤهبة له: قلة العناية بنظافة الفم وسوء التغذية والتوتر النفسي والتدخين. تبدأ الإصابة في المنطقة الأمامية السفلي لباطن الفم ثم تمند اللي المنطقة العليا ثم الخلفية. يتظاهر الالتهاب فجأة بألم ونزف لثوي وصعوبة في تناول الطعام ورائحة كريهة من الفم وتنخر اللثة وتخشرها sloughing عردياً إلى الفراغات بين الأسنان. وقد يرافقه ترفع حروري وضخامة العقد اللمفية. يعالج بالمسكنات والصادات وغسولات الفم ويحتاج أحياناً إلى إنضار موضعي.
- التهاب اللثة المرمن الهامشي marginal chronic مرض شائع ولا عرضي، سببه تشكل لويحة جرثومية على سطوح الأسنان قرب الثلم اللثوي. ينظاهر بحمامي ووذمة في اللثة الهامشية ونزف لأقل تماس ولاسيما في أثناء تنظيف الأسنان بالفرشاة. المعالجة بالاعتناء بنظافة الفم وإزالة القلح.



الشكل (٢٠) التهاب دعائم الأسنان عند مصاب بالإيدز. تأكلات مؤلة على اللثة الهامشية مع رواسب سنية ونضحة

Lefèvre يترافق وهرط تقرن راحي اخمصي.

# العوامل اللؤهية:

- أمراض مجموعية كالسكري.
- ♦ الأدوية كالفنيتوئين والسيكلوسبورين والنيفيديبين.
  - ♦ الأمراض المناعية والأدوية الكابئة للمناعة.
    - داء كثرة المنسحات.
      - ♦ التدخين.

المضاعفات، قد يخلق التهاب دعائم الأسنان المزمن بؤرة خمجية في الفم تؤدي إلى التهاب شفاف جرثومي تحت الحاد والتهاب كبب وكلية أوإصابة الجهاز الوعائى الدماغي.

• آكلة الفم noma، التهاب الفم المواتي، هو موات يخرب أغشية الفم المخاطية وأنسجة أخرى. يحدث في الأطفال سيئي التغذية والنظافة أو المسابين بالنكاف أو الحمى القرمزية أو السل أو السرطان أو القصور المناعي، يبدأ الالتهاب فجأة في اللثة وباطن الخدين، ويتطور سريماً مؤدياً إلى تقرحات ناتحة كريهة الرائحة. تنتشر الإصابة في الشفتين والنسج الرخوة والعظام مؤدية إلى تشوهات. وقد تصاب الأعضاء التناسلية. المالجة بالصادات مع تغذية جيدة وقد تحتاج إلى جراحة رأبية.

### ٣- الطلوان والتقرانات:

## أ- الطلوان leucoplakia:

هي آفة محتملة التسرطن تظهر على اللسان وباطن الخدين والشفة وعلى الأعضاء التناسلية الخارجية أحياناً.

#### استانها

- ♦ التخريش والرضح المزمنان (بسبب سن حاد أو مكسور أو بديلة سنية أو حشوة سنية أو تيجان).
- ♦ التدخين والتبغ (والسيما مدخني الغليون أو الذين يمضغون التبغ أو نبات التنبول).
  - الكحول.
- ♦ الأحماج (المبيضات والإفرنجي والحمج بفيروس أبسان بار).
- ♦ المواد الكيميائية (مثلاً جنور الدموية sanguinaria).
   (جنور تبات من الفصيلة الخشخاشية يستعمل كمساعد على التقيؤ والتخلص من البلغم).
- ♦ العوز المناعي (خاصة المرضى الذين أجري لهم زرع أعضاء).
  - قد يكون مجهول السبب idiopathic.

## الأشكال السريرية:

• الطلوان المتجانس homogenous: يتصف بلطخات

بيض رمادية ملس تظهر عادة على الشفة المخاطية الشدقية أو اللثة (الشكل ٢١). وتتطور بيطاء لتصبح خشنة (تقران المدخنين) تتصف بحساسيتها للحرارة والتوابل والمخرشات الأخرى، يبدو بالفحص النسجي ثُدُن dysplasia واضح في

• التنسج الأحصر erythroplakia) erythroplasia): هو آفة حمراء مخملية (الشكل ٢٢) تصيب الجنسين في العقد السادس أو السابع من العمر، تظهر في قاع الضم، أو على الوجه السفلي للسان أو شراء الحنك، تبدي ٧٥-٩٠٪ من الأفات ثُدُناً شديداً أو سرطانة موضّعة.

• الطلوان المبقع speckled: تطخات بيض وحمر (الشكل -(YY

- الطلوان الثؤلولي.
- الطلوان العقيدي.
  - الطلوان المشعر.

اللشاغفات: الشعور بعدم الراحة وخمج الأفات والتحول إلى السرطانة.

20% من الحالات.



المالجة

فلوروراسيل.

إزالة السيب الخرش.

♦ التوقف عن التدخين والكحول.

 ♦ إزالة كل آفة في الفم تبدي درجة من الثُدُن في الخرعة المأخوذة منها إما بالليزر وإما بالصعق الكهريائي وإما جراحيا

بالمبضع وإما بالمسبار البارد، وذكر بعضهم فالدة دهن ٥-

يشاهد غالباً في مدخني الغليون أو مدخني السجائر أو

الذين يمضغون التبغ؛ حيث يبدو الحنك محمراً ويتطور

بعدها ببطء ليصبح أبيض خشناً متسمكاً سطحه متشقق.

وقد تظهر عقيدات مسررة ذات مركز محمر بارز تمثل فوهات

الفدد الحنكية المتضخمة (الشكل ٢٤)، مما يؤدي إلى ظهور

ب- التقران النيكوليني nicotinic keratosis:

مخاطية الحتك بمنظر مرقّط أو مظهر مرصوف،

الشكل (٢٣) طلوان مبقع على اللسان



الشكل (٢٤) التهاب فم نيكوتيني عند مدخن، يلاحظ فرط التقران وتورم الفدد اللعابية الصغيرة



الشكل ( ٢١ ) طلوان متجانس على المخاطية الشدقية



الشكل (٢٢) تنسج أحمر في قاع الفم

ثابتة. يعد جوف الفم أكثر المناطق التي تظهر فيها هذه الوحمة وتتجلى بمخاطية متسمكة بيضاء منتشرة (الشكل الوحمة وتتجلى بمخاطية متسمكة بيضاء منتشرة (الشكل والسانية الوحشية. يشاهد بالفحص النسجي تسمك ظهاري مع شواك وخطل تقرن. ليس لها عقابيل ولا تحتاج إلى علاج، يجب تفريقها عن اللويحات البيض الفموية التي تظهر مرافقة لتثخن الأظفار الخلقي وخلل التقرن الولادي.

## ي- جِفاف الفع xerostomia:

شكوى شائعة جداً يشعر معها بالانزعاج وصعوبة الكلام والمضغ والبلع: إضافة إلى فقد الآلية الوقائية الفموية بحيث يزداد تسوس الأسنان والأذيات المخاطية والقرحات.

#### الأسباب

♦ استخدام الأدوية التي تؤثر في الغدد اللعابية كالأدوية الكيميائية وإشعاع الرأس والعنق في علاج السرطان والأمراض المناعية الذاتية، وهناك لائحة بالأدوية المسببة لجفاف الفم، وكل مستحضر له مفعول مضاد للكولين يسبب هذه الشكوى كما في حاصرات ألفا وبيتا ومضادات الهيستامين والمدرات والمسكنات والملينات.

- الكافئين والكحول إذا أخذت بكميات كبيرة.
- بعض الأمراض كالسكري وارتفاع الضغط.

متلازمة جوغرن Sjögren syndrome: هي اضطراب مناعي ذاتي مجموعي مزمن يتميز بتخرب نسيجي غدي مناعي ذاتي مجموعي مزمن يتميز بتخرب نسيجي غدي متعدد يصيب النساء أكثر من الرجال بعمر ١٠٠٠٠. تتجلى أعراضه الرئيسية في الكبار بجفاف الفم والملتحمة، أما في الصفار فغالباً ما تكون العلامة الأولية تورّم نكفي ثنائي الجانب.

التظاهرات الفموية: فم جاف ولسان جاف أحمر أملس، شفتان حمراوان جافتان ومتشققتان، وتشقق زاويتي الضم



الشكل (٢٥) الإسفنجية البيضاء (باطن الخد)

وداء مبيضات فموي مزمن والتهاب لثة وتورم الغدد النكفية تورماً ناكساً وتورم الغدد تحت الفلك وتحت اللسان أحياناً.

#### الأسياب:

- ♦ عوامل وراثية: منها HLA-DRB3 ،HLA-DBB1
- ♦ أحماج فيروسية، أبسان بار وHIV، شيروس التهاب
   الكبد C والفيروس المضخم للخلايا خلل تنظيم مشاعي
   ذاتى.
  - عوز هرمون ستيروئيد الكظر والغدد القندية.

المعالجة؛ يجب تنبيه المريض على العناية بصحة فمه ونظافته وتناول الفلوريد لأنه معرض لنخر الأسنان والتهاب دعامة الأسنان وداء المبيضات. قد يفيد استخدام اللبائة من دون سكر وأخذ رشفات ماء تكراراً مع الامتناع عن التدخين والكحول. وقد يحتاج المريض أحياناً إلى المعالجة النفسية.

#### ه- تصبغات الفع:

هناك آليات متعددة تؤدي إلى زيادة تصبخ باطن الفم:

## أ- تصبغ فموى ملاني ناجم عن أسباب داخلية المنشأ:

• متلازمة بويتز جيكرز Peutz-Jeghers: هي متلازمة ناجمة عن اضطراب صبغي جسدي سائد. تتصف بسليلات معوية ورامية عابية، تترافق مع بقع ملانية جلدية مخاطية بنية مختلفة الأحجام تظهر في أغلب الحالات حول الفم وعلى الشفتين والمخاطية الشدقية (الشكل ٢٦). من أعراضها المهمة: الألام البطنية الحادة والنزف المعوي والبلوغ المبكر وعدم انتظام الدورة الشهرية. ويزداد عند المصابين بها خطر الإصابة بالسرطان الهضمي والتناسلي والرئوي.

#### 👁 دام أديسون.

## ب- تصبغ فموى ناجم عن أسباب خارجية النشأ:

أصبح التعرض العادن ثقيلة كالفضة والبزموت والزرنيخ
 والزئيق والرصاص نادراً اليوم، وكان الصباغ الأسود الناجم



الشكل (٢٦) متالازمة بوتس جيكرز حول القم

عن المعادن يتوضع فيها بشكل شريط ضيق على طول هامش اللثة ولا يزول بالتنظيف. وقد تنزرع بعض الأصبغة في النسج الفموية من غير قصد كالوشم، كما يحدث بسبب الملغم المستخدم في حشوات الأسنان لاحتوائه على الفضة والزئبق، تتوضع حبيبات الملغم في أي منطقة من مخاطية الغم ولاسيما المخاطية السنخية أو اللثوية والمخاطية الشدقية (الشكل ٢٧). تشاهد في المسنين بشكل بقمة غير مؤلمة سوداء أو زرقاء أو رمادية بقطر أقل من ٥, اسم، وقد تتسع إذا طرأ عليها ارتكاس التهابي، تكون الخزعة أحياناً ضرورية لنضى الميلانوم.

 اللسان الأسود المشعر، تتوضع فيه بقايا بعض المواد المصطبغة كالشاي والقهوة والتبغ على الحليمات الخيطية المتخفة للسان.

# ج- تصبخ فموي ناجم عن فرط تنسج أو ورم:

وحمة الخلايا الملائينية لباطن الفم الخاطية؛ حيث nevus، غير شائعة نسبياً في أغشية الفم الخاطية؛ حيث تظهر على الحنك أو اللثة بشكل حطاطات ملس بنية أو سود قطرها أقل من اسم، وتتوضع الخلايا الميلانينية إما داخل الظهارة المخاطية وإما تكون موصلية أو وحمة زرقاء تتوضع الخلايا الميلانينية فيها توضعاً أعمق في الأدمة. قد تتحول الوحمة الموصلية إلى ميلانوم.

# د- تصبغ فموي كيميائي، فيزيائي، أو علاجي المنشأ:

• مُلان الْلَه حَنِينَ، يئتج مَن التدخين طويل الأمد. ويكون التصبيغ موزعاً على طول لثة الأسنان الأمامية، كما قد يشاهد على شراع الحنك والمخاطبة الشدقية وقاع الضم. يزول التصبغ بعد شهر من إيقاف التدخين.

النمش السفعي sactinic ephelis: يظهر بشكل بقع
 مصطبغة فاتحة على الشفتين والسيما الشفة السفلى



الشكل (٢٧) وشم المُلفم في توضع شائع على المُلثة

نتيجة التعرض للشمس.

 الكلف: قد يظهر على الشفتين مع الوجه. يزداد مع الحمل وتناول مانعات الحمل والتعرض للشمس.

 الأموية: وأهمها التتراسكلينات ومشتقات الكينين. تظهر في بعض المصابين بالإيدز تصبغات فموية تعزى لنقص نشاط الكظر أو لدواء ما ويبقى أحياناً مجهول السبب.

## ه- تصبغات الفم وعالية النشأ:

هناك تبدلات صباغية الشكل شائعة في مخاطية الفم ناتجة من أصبغة داخلية المنشأ غير الميلانين تسبب أفات ررق تحتوي إما على الدم وإما على اللمضأو اللعاب أو القيح.

- الدوالي: تظهر على باطن الشفتين، والوجه السفلي
   للسان وقاع الفم. تشاهد في كبار السن بسبب فقدان الألياف
   المرنة وشبكة الكولاجين. قد تسبب حصاة وريدية أو خثارة.
  - توسع الشعيرات (متلازمة أوسلر- ويبر- راندو).
- ورم وعائي دموي hemangioma: هنالك مثلازمات عديدة
   تتظاهر فيها أورام وعائية في مخاطية الفم.
  - ساركومة (غرن) كابوزي.
- الأفات الرزق: كالكيسة المخاطية أو الأورام المضرزة للمخاط، أو الأورام اللمفاوية.
- الصباغ الصفراوي: يحدث حين يكون البيليروبين
   مرتفعاً في المسل منذ فترة طويلة فيسبب تلون الخاطية
   الفهوية باللون الأصفر أو الأخضر.

## ٦- أورام القم السليمة:

## أ- داء هيك (قرط التنسج الظهاري البؤري):

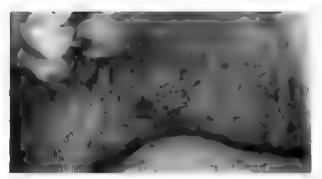
اضطراب عائلي سليم يتظاهر بعقيدات متعددة ملس لاطئة على السطح المخاطي للشفة السفلى أو المخاطية الشدقية قد تتراجع تلقائياً بعد عدة أشهر.

ب- الحبيبوم المقيح الفموي oral pyogenic granuloma هو ارتكاس نسيجي لرضح أو تخريش موضّع شبيه بالورم سطحه متقرح - أكثر ما يتشكل على اللثة بين الأسنان فيشبه الحبيبوم ذا الخلية العملاقة المطرف. كما قد يظهر على الشفة وظهر اللسان وعلى الخاطية الشدقية . وهناك شكل خاص منه يسمى الورم الحملي يحدث في ١٪ من الحوامل. ج- الحليموم papilloma:

أكثر ما يشاهد على الوصل بين شراع الحنك والحنك العظمي بشكل أفات بيض أو زهرية تشبه الثآليل (الشكل ٢٨).

## هـ الكتلة الليفية fibrous lump:

شائعة في الفم في الكهول بشكل تورمات دائرية مسوقة



الشكل (٢٨) حليموم على شراع الحنك

على اللثة، تكبر بسرعة ثم تتوقف عن النمو. مآلها جيد.

## هـ الورم اللثوي المتشقق epulis fissuratum:

هو فرط تنسج المخاطية الفموية ناتج من رضح مزمن خفيف من حافة بديلة سنية بارزة. يشاهد عادةً عند ميزابة الفك العلوي أو السفلي بشكل كتلة ملساء متشققة أو متقرّحة تطوق حافة البديلة السنية.

## و بقع فوردایس Fordyce spots:

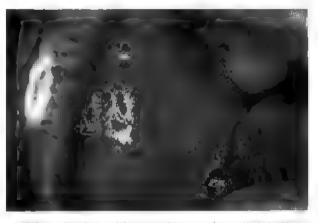
أفة سليمة منشؤها الغدد الزهمية المنتبذة تحت المخاطية تحوي شحوماً متعادلة. شائعة في ٨٠٪ من الناس وتبدو أوضح في الرجال ذوي البشرة الدهنية. تتوضع على المخاطية الشدقية قرب الصوارين وأحياناً على الشفة العليا وخلف الرحى بشكل حبيبات صفر (الشكل ٢٩). تزداد في المصابين بأمراض رئوية وتصبح أقبل وضوحاً بعد تناول الإيزوتريتينوئين.

## ز- من الأورام السليمة النادرة:

الشوكوم القرني والورم الأصغر (الصفروم) ثؤلولي الشكل والورم الشحمي والورم المخاطي والورم العضلي الأملس والورم الليفي.

#### ٧- سرطانات القم:

تؤلف سرطانات الفم ٨٪ من السرطانات الجلدية الخبيثة،



الشكل (٢٩) بقع فوردايس (غدد رهمية في المخاطية الشدقية)

منها ٩٠٪ سرطانة حرشفية الخلايا و١٠٪ سرطانات آخرى يذكر منها: أورام الغدد الملعابية والميلانوم الخبيث، واللمفومات والساركومات والأورام السنية المنشأ والأورام الفكية وأورام النسيج الضام وأورام العظام وكثرة المنسجات وغرن كابوزي.

# أ- السرطانة عرشفية الخاذيا squamous cell carcinoma:

أورام شائعة أكثر ما تشاهد في الرجال متوسطي العمر والسنين.

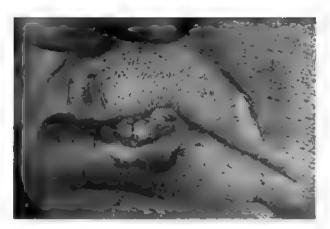
الأسباب: متعددة العوامل ومرتبطة بنمط الحياة والعادات اليومية واهمها:

- ♦ التدخين والكحولية: فالتدخين يفقد اللعاب قدرته المؤكسدة، وإنزيم نازعة الهدروجين الموجود في الكحول يؤكسد الإيتانول إلى أسيتالدهيد السام للخلية ويؤدي إلى إنتاج جذور حرة ضارة.
  - التعرض المديد للشمس.
  - الحمية الفقيرة بالخضار والفواكه.
    - إهمال صحة الفم والأسنان.
  - استخدام غسولات فم تحوى الكحول.
- عوامل خمجيّة: أهمها المبيضات البيض وهيروس الحليموم البشري والحلاً.
  - التخريش المستمر.
- ♦ العوز المناعي والعيوب الاستقلابية. وحديثاً أمكن تمييز تبدلات صبغية في المصابين بالسرطانة الحرشفية ولاسيما في الصبغيات ٣ و٩ و١١ و١٧ ثؤدي إلى خلل في مراقبة النمو الخلوي.
- ♦ أمراض فموية كالحراز المسطح الضموي والداب
   الحمامي والتليف تحت الخاطي الفموي.

التظاهرات المعريرية: قد تنشأ السرطانة حرشفية الخلايا على مخاطية سليمة ظاهرياً لكنها غالباً ما تنشأ على آفات واضحة سابقة للسرطان (طلوان أحمر وطلوان مبقع وطلوان ثؤلولي، ونادراً طلوان أبيض).

### التوضعات السريرية

- أكثر توضعات السرطانة الحرشفية شيوعاً على الشفة
   السفلى وخاصة على الوصل المخاطي الجلدي، وذلك بشكل
   كتلة صغيرة أو قرحة أو آفة متجلبة (الشكل ۲۰).
- ♦ اللسان على الثلث المتوسط للحواف الجانبية منه بشكل تنسج أحمر أو جساوة أو تقرح.
- ♦قاع الفم بشكل كتلة متقرحة تسبب اضطراباً في الكلام،
- ﴾ الأسناخ أو اللثة في منطقة الضواحك والرحى السفلية



الشكل (٣٠) سرطانة حرشفية الخلايا

بشكل ورم لثوى أو قرحة.

المخاطية الشدقية على الصوار أو خلف الرحى.

تحدث الانتقالات في سرطان الفم إلى العقد اللمضية الرقبية في ٣٠-٨٠٪ من الحالات ثم إلى الرثة والكبد، والعظام، المآل جيد إذا عولج السرطان باكراً قبل انتشاره، لذلك يجب متابعة كل آفة أو تقرح في الفم لا يشفى خلال شهر،

المالجة: تكون بالاستئصال الجراحي إذا كان الورم صغيراً. أما إذا كان كبيراً ومنتقلاً إلى العقد اللمفية الرقبية فتفضل عندئذ المعالجة الشعاعية والكيميائية.

# ب- السرطانة الثؤثوثيَّة؛

تعد شكلاً من السرطانة الحرشفية لكنها بطيئة، وتخرب النسج المجاورة بشدة.

## چ- سارکومة کابوزي Kaposi sarcoma:

هو أكثر الأورام مشاهدة في حاملي فيروس HIV. غائباً ما تظهر الآفات الأولية على الحنك بشكل بقع أو لطخات مسطحة، حمر أو زرق (الشكل ٣١)، مختلفة الأحجام



الشكل (٣١) ساركومة كابوزي في توضع نموذجي على الحنك مع مظهر زهري وصفى

والأشكال ثم تصبح عقيدية متقرحة ونازفة. يتم تشخيصه بالخزعة لتفريقه عن الأورام الوعائية والورم الحبيبي المقيح. يعالج بحقن الأفات بالمواد المصلبة ويمكن رفع المناعة بالمواديين Zidovudine. أما في الحالات المتقدمة فيعالج بالإشعاع مع الأدوية الكيميائية كالـ doxorubicin أو من دون هذه الأدوية.

## د- الميلانوم الخبيث malignant melanoma:

يؤلف ٤٪ من خباتات الفم، ونسبة الميلانوم الأولى في القم أقل من المرالانومات، أكثر شيوعاً عند اليابانيين ونسبة إصابة الرجال إلى النساء ٢/١ ويعمر أكثر من ١٠ استة. سببه غير معروف، وعلى عكس الملانوم الجلدي لا يوجد ثمة علاقة واضحة بين الميلانوم الضموى والعوامل الحرارية والكيميالية والفيزيائية، كما أنه نادراً ما تتحول الوحمة الميلانينية في الفم إلى سرطان ميلانيني، يتمو الميلانوم الخبيث الفموى بصمت؛ على نحو لا ينتبه فيه معظم المرضى لأفاتهم التي تبدأ غير عرضية ببقعة مصطبغة بقطر املم إلى اسم، وأحياناً عقيدية أو مسوَّقة تلتبس بأفات صباغية سليمة. يؤلف الميلانوم اللاملاني ٥-٣٥٪ من الميلانوم الفموي، ويبدو بشكل كتلة بيضاء أو بلون المخاطبة مع غياب التصبغ، يحدث الألم والتقرح و النزف في مرحلة متأخرة للورم. التوضع الشائع هو الحنك ولثة الفك العلوي في ٨٠٪ من الحالات. أما الملانوم النقيلي فهو أكثر شيوعاً على الفك السفلي واللسان والمخاطية الشدقية. ولا يمكن تطبيق معيار كلارك في الميلانوم القموي، المأل سيئ فمتوسط العمر أقل من سنتين، المالجة الدوائية غير مجدية، وقد يكون هناك بعض المائدة بإشراك داكاربازين مع انترلوكين-٢ أو انترفرون ألفاً، أما المعالجة الإشعاعية فهي موضع المناقشة.

#### ه- الأورام التقيلية القموية:

غير شائمة وتؤلف ١٪ من أورام الفم، وأكثر السرطانات الأولية انتقالاً إلى جوف الفم هي سرطان الثدي والرئة والكلية والعظام والقولون والستقيم والكيد.

## 🗛 الفلفائية galvanism في الفم:

يؤدي وجود المعادن في الفم (الملغم أو الناهب والزئبق أو الفولاذ المقاوم للصدأ والزئبق) إلى فعل غلفاني؛ إذ تقوم المعادن مقام المساري ويقوم اللعاب مقام الوسط الناقل. يتحرر الزئبق والمعادن الأخرى في اللعاب، ويتجمع الزئبق في الأرومات الليفية والبلاعم والخلايا المرطلة متعددة النوى للنسيج الضام الضموي في جدر الأوعية الدموية والألياف المصبية والخشاء القاعدي للظهارة المخاطية

وألياف العضلات المخططة وحزم الياف الكولاجين والألياف المرنة وعنيبة الغدد اللعابية وجنور الأسنان وعظام الفلك، وقد ينتقل إلى انحاء أخرى من الجسم وبشكل أسرع من بقية المعادن عبر الدم و الأعصاب. وتزيد التيارات الكهربائية للملغم من تحرر بخار الزئبق. وقد يسبب التيار إذا ازدادت شدته على ه ميكروأمبير أعراضاً كالصداع والشقيقة والدوار والغثيان، يمكن التخلص من هذه الأعراض بإزالة الحشوات، وللمعادن أيضاً تأثيرات كهربائية تتعلق بفرق الكمون، فإن زاد فرق الكمون على «ه مللي فولط قد يؤدي إلى الطلوان

والحزاز المسطح أو الارتكاسات الأرجية الوشمية.

تطلق الحشوات والتيجان الكترونات في جوف الفم بوصف اللهاب كهرلاً جيداً، ويسبب تحرر بخار الزئبق بكميات أكبر. وبينت الدراسات أن الزئبق في اللثة قد يؤدي إلى وشم أو التهاب لثة وأفات فموية وحرق في الفم وألم عصب مثلث التوائم، ويزداد تحرر الزئبق بعد التعرض المديد لحقول الكترونية مغنطيسية أو الأمواج المكروية أو التصوير بالرئين المغنطيسي، أو استعمال الهاتف النقال.

# الأمراض الجلدية الوعائية (الدموية واللمفية) والاضطرابات النزائية

ثائر دوري

# أولاً- الأمراض الجلنية الوعالية النموية:

### ۱- ظاهرة رينو Raynaud's phenomenon:

تعني ظاهرة رينو حدوث هجمات من نقص التروية في الأصابع (قد تحدث في الأنف، وفي حلمة الثدي، وفي شحمة الأذن) محرضة بالتعرض للبرد، أو للاضطرابات العاطفية.

الأعراض: تتميز الصورة النموذجية لهذه الظاهرة بتبدلات تونية ثلاثية الطور: شحوب بسبب التشنج الشرياني تبدو فيه الأصابع بيضاً وقاسية، ثم زُراق سببه التبيغ الوريدي، ثم قرط توعية يتظاهر باحمرار سببه التبيغ الشرياني.

إن حدوث الشحوب الأولي ضروري للتشخيص لأن الزُراق محدد لا يكفي فقد يكون عرضاً لزُراق النهايات acrocyanosis. ويحدث خلال هجمة داء رينو خدر وحس وخز في الطرف، وقد يحدث ألم حقيقي، يزول كل هذا غالباً بعد انتهاء النوية، ولا تحدث أعراض بين النويات. تبلغ نسبة الذين تعرضوا في حياتهم لهجمة واحدة من ظاهرة رينو ٥-١٠٪ من السكان وترتفع هذه النسبة إلى ٣٠٪ في النساء الشابات.

التصنيف: تقسم ظاهرة رينو إلى شكلين استناداً إلى وجود مرض مستبطن مرافق لهذه الظاهرة أو عدم وجود ذلك المرض، أضيف إليهما ظاهرة مشتبهة.

أ- ظاهرة رينو الأولية (الشامضة): لا يرافقها مرض مستبطن وتسمى داء رينو. تصيب الإناث على نحو شائع في العقد الأول والثاني من العمر، وغالباً ما توجد قصة عائلية، وهي دائماً متناظرة تصيب أصابع اليدين والقدمين وتعف عن الأباهم. أظهرت الدراسات أن نسبة ظهور مرض جهازى

كولا جيني مثل صلابة الجلد في هذه الحالة يبلغ ١٥٪ بعد العقد الأول من حدوثها، وقد وضعت عدة معايير لظاهرة رينو الأولية تبدو في الجدول رقم ١.

ب- ظاهرة رينو الثانوية؛ وهي مرافقة لمرض مستبطن وتسمى متلازمة رينو. والمرض المستبطن الأكثر شيوعاً هو من أمراض المكولاجين (الجدول رقم ٢)؛ فهذه الظاهرة موجودة مثلاً مع تشنج وعائي مستمر في ١٨٠٠٠٠٪ من المسابين بصلابة الجلد الجهازية، وقد تكون العرض الباكر لهذا المرض في ثلث الحالات (الشكل ١). وتوجد أيضاً في ثلث الحالات (الشكل ١). وتوجد أيضاً في ثلث الحمامي الجهازي، كما توجد في التهابات الأوعبة الجهازية.

وفضلاً عن أمراض الكولاجين هناك بعض المهن التي تسبب ظاهرة رينو الثانوية، كالمهن التي يتعرض أصحابها



الشكل (١) ظاهرة رينو الثانوية عند سيدة مصابة بصلابة جلد

- هجمة تقبض وعائي محرضة بالبرد أو بالانفعال العاطفي،
  - إصابة الطرفين.
- نبض وعالى محيطي طبيعي، وكذلك فحص كبب سرير الظفر الوعائية فحصاً جلدياً مجهرياً.
  - غياب التموت، وإذا وُجِد فهو مقتصر على جلد الأنامل.
  - غياب الأمراض المستبطئة والأدوية المسببة والهن المسببة.
    - سلبية أضداد النوي.
    - سرعة تثفل طبيعية.
    - قصة مستمرة لسنتين على الأقل.

# الجدول (١) معايير تشخيص ظاهرة رينو الأولية

٥- أسباب مهنية وبيئية	إ- أمراض النسيج الضام
- الأذيات ما بعد الرض	- صلابة الجلد
- ضغط العكاز	- الناب الحمامي للجموعي
- الضرب على الآلة الكاتبة	~ التهاب الجلد والعضل
- عمال الحفر بالألات الرجاجة	- التهاب العضلات
- الانسمامات بداء الفيئيل كلورايد	- أمراض النسيج الضام غير المحددة
- الأذيات الاهتزازية (رافعات الخشب، مشغلات المطرقة الهوائية)	- التهاب أوعية مجموعي
- أدْيات البرد	- مثلازمة جوغر <i>ن</i>
	- التهاب اللفافة بالحمضات
٦- اضطرابات قرط لزوجة الدم	٧- الأمراض الشريانية الانسدادية
- البروتينات القرية	- التصلب العصيدي
– اثراصات اثقرية	- داء برغر
– غلوبوٹینا <b>ت ک</b> برویة	- الانصمام الخثاري
- كثرة الصفيحات	- متلازمة مخرج الصدر
٧∹مثفرقات	٣- الأمراض المصبية المنشأ
- قصبور الدرق	- الحثل الانعكاسي الودي
الحقن داخل الشريان	- الشلل النصفي
- المتشؤات	- شلل الأطفال -
- الأخماج (التهاب الشغاف، داء لايم، التهاب كبد فيروسي)	- تصلب متعدد
~ ارتفاع الضغط الرئوي الأولى	- تكهف النحاغ
- ناسور شرياني وريدي	- متلازمة نفق الرسع
	٤- الأدوية والذيفانات
	- حاصرات المستقبلات بيتا الأدرينالية
	- إرغوتامين
	- إنترفيرون ألفا
	- فلوكسيتين
	- الأمفيتامينات
	- مانعات الحمل الفموية
	– كئوتيدين
	- پروموکریتین
	<i>- سي</i> كلوسبورين
	- بليومايسين
	- فينبلاستي <i>ن</i>
(۲) أسباب ظاهرة رينو الثانوية	To to H

لبرودة شديدة (التعرض للأغذية المجمدة)، أو الذين يتعرضون لرضوض متكررة مثل ضاربي الألة الكاتبة وعمال الحفر بالألات الرجاجة، وكذلك بعض الأدوية مثل حاصرات بيتا blockers - beta المستخدمة على نحو واسع النطاق في المصابين بارتفاع التوتر الشرياني، أو الإرغوتامين المستخدم لمعالجة الشقيقة، وبعض الأدوية المستخدمة في المعالجات الكيميائية مثل البليومايسين bleomycin، والقينبلاستين الكيميائية مثل البليومايسين bleomycin، والقينبلاستين لزوجة دموية مثل البروتينات المترسبة بالبرودة والغلوبولينات لتوية واحمرار الدم، وكل هذه الاضطرابات برافقها اعتلال غامي وحيد النسيلة، تؤدى إلى هذه الظاهرة.

ج- ظاهرة رينو المشبهة؛ أضيفت حديثاً إذ تظهر لدى بعض المرضى بعض الأعراض الخاصة بأمراض كولاجينية من دون استكمال بقية الأعراض اللازمة لإثبات واحد من تلك الأمراض بحسب معايير الجمعية الأمريكية لأمراض الروماتيزم.

التشخيص التضريضي: يتضمن تشخيص ظاهرة رينو التفريق بينها وبين زراق النهايات، وبرودة النهايات التي يعاني منها كثير من الأشخاص من دون تغيرات لونية وهي تاجمة عن الفعالية الودية، والشرت وهو حالة التهابية ناجمة عن البرد ويتظاهر بلون أحمر مزرق ويصيب عادة الطرفين السفليين، والتزرق الشبكي،

الاستقصاءات المطلوبة: أمام كل ظاهرة رينو تُؤخذ قصة سريرية مفصلة يُحاول منها الحصول على وصف دقيق من الريض: إذ إن التبدلات اللونية ثلاثية الطور (شحوب - ازرقاق – احمرار) أساسية لتشخيص ظاهرة رينو ولكن نادراً ما يصفها المريض بدقة. كما أن القصة ضرورية من أجل تشخيص الأمراض المرافقة لظاهرة رينو الثانوية.

يجب استقصاء الأعراض القلبية، والرئوية، والكلوية، والكلوية، والهلوية، والهضمية المرافقة لأمراض المولاجين (الألم المفصلي والتهاب المفاصل وعسرة البلع والحساسية الضيائية والصعف المضلي وجفاف المخاطيات والقصة الدوائية، والهنة).

ويعد ذلك يجب إجراء فحص دقيق للأصابع للتأكد من التصلب، وفحص النبض المحيطي، وإجراء فحوص دموية عامة تتضمن سرعة التثفل والعامل الرثواني وأضداد النوى إضافة إلى إجراء صورة شعاعية بسيطة للصدر لاستبعاد وجود ضلع رقبية. وهناك فحص نوعي هو الفحص الجلدي المجهري لكبب قعر الظفر الدي يضيد في التمييز بين

#### الظاهرة الأولية والثانوية.

المعالجة: تتبع المعالجة شدة الحالة، فضي الحالات المتوسطة الشدة تكفي الوقاية باستعمال القفازات والجوارب، أما في الحالات الأكثر شدة فيتطلب الأمر الموسعات الوعائية وأكثرها استخداماً حاصرات قناة الكلسيوم جهازياً، أو النتروغلسيرين موضعياً، أو حقن البروستاغلاندين، ويجرى خزع الودي في الطرفين السفليين في الحالات الشديدة، ومن الضروري معالجة المرض المستبطن في حالة ظاهرة رينو الشانوية، وفي كل الحالات يجب إيضاف التدخين للسيطرة على المرض.

## ٢- احمرار الأطراف المؤلم erythromelalgia:

اضطراب تبيغي انتيابي نادر يصيب أحد الأطراف ويتظاهر بنُوب متكررة من: ألم حارق واحمرار وارتفاع حرارة الطرف المصاب، تسوء الحالة بارتفاع الحرارة (على النقيض مما يحدث في متلازمة رينو). وتراوح شدة الألم بين عدم ارتباح قليل حتى ألم حارق شديد مستمر محدد للفعائية ويتطلب تبريد الأطراف حين النوم (وضع الثلج على الطرف أو التغطيس بالماء البارد)، ويمكن أن تستمر الهجمة من عدة أو التعطيس بالماء البارد)، ويمكن أن تستمر الهجمة من عدة دقائق إلى عدة أيام، وتصاب الأطراف السفلية أكثر من العلوية.

الأعراض السريرية، تبدأ الأعراض على شكل شعور بالحكة، ثم تترقى إلى ألم مع حس حرق، وقد يكون الألم شديداً يمنع المريض من المشي، وغالباً ما يحدث الألم في وقت متأخر من اليوم (ليلاً) لدرجة إيقاظ المريض من النوم، وتتحسن الأعراض صباحاً؛ مما يؤدي إلى عدم قدرة الطبيب على مشاهدة الظاهرة، تثار الحالة بتسخين الطرف (النقطة الحرجة بين ٣٧-٣٧ درجة) والتمارين الرياضية، فيتبيغ الجلد ويتورم، وترتفع حرارته (الشكل ٢).



الشكل (٢) احمرار الأطراف المؤلم

هذا المرض بشكليه الأولي والثانوي أكثر شيوعاً في النساء. • الحالة الأولية: تصيب الأعمار الصغيرة وغالباً ما تكون ثنائية الجانب، وأعراضها أكثر انتشاراً، ولا يرافقها مرض مستبطن.

• الحالة الثانوية: ترافقها حالات مستبطنة عديدة. وقد تسبق ظاهرة احمرار الأطراف المؤلم ظهور المرض المستبطن بعدة سنوات، وأهم هذه الاضطرابات التكاثرات (التنشؤات) النقوية myeloproliferative (أكثرها شيوعاً احمرار الدم والضرفرية وكثرة المصفيحات الأساسية cssential). ومن الاضطرابات الأحرى المرافقة؛ السكري والنأب الجهازي والتهاب المفاصل المرثواني وارتفاع الضغط الشرياني، والقصور الوريدي والنقرس. كما تتهم الضغط الأدوية بإحداث هذه الظاهرة مثل حاصرات الكلس والبروهوكريبتين، وهناك من يتهم الفيروسات الجدرية والبروموكريبتين، وهناك من يتهم الفيروسات الجدرية

التشخيص التفريقي: يتضمن التفريق بين احمرار الأطراف المؤلم وبين: التهاب النسيج الخلوي وعضة الصقيع والحثل الودي الإرتكاسي واعتلال الأعصاب المحيطية وداء فابري وظاهرة رينو والتهابات الأوعية والتسمم بالزئبق (ميزان حرارة مكسور).

حين يوضع التشخيص يجب التفريق بين الحالة الأولية والحالة الأالله والحالة الأعلاج واكتشاف السبب في الحالة الثانوية؛ مما يوجب آخذ قصة سريرية جيدة، وإجراء بعض الفحوص مثل: التعداد العام وسرعة التثفل وأضداد النوى والمتممة وحمض البول.

المعالجة؛ معالجة السبب المستبطن مثل المعالجة الكيميائية للتنشؤات النقوية. ويفضل الأسبرين على بقية مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، علماً بأن جرعة وحيدة منه ١٠٥٠ملغ كافية لإراحة المريض، أما للأطفال فيعطى ١٠٥٠ملغ كغ وقد يستعمل؛ الكاريامازيين والغاباباتنين ومضادات الكآبة ثلاثية الحلقة للسيطرة على الألم.

## "- متلازمة القدم الحارقة burning feet syndrome

تتظاهر متلازمة القدم الحارقة المؤلمة بالإحساس بالحرق المتقطع والمؤلم في القدمين، تنجم عن اعتلال عصبي، وتصيب القدم حتى الكاحل. تحدث عادة في الليل وفي السرير الدافئ، وترافقها زيادة التوتر العضلي وفرط التعرق في الناحية المصابة. وتتحسن الأعراض بتدلي القدمين خارج السرير أو بغمسهما في الماء، والنساء أكثر إصابة بهذه المتلازمة.

ترافق هذه المتلازمة إصابات عصبية مثل: الخزل البؤري والمذل وتحدث في الكحولية والداء السكري، والتهاب ما حول الشرابين العقد.

المعالجة: تتم بمعالجة المرض المستبطن واستعمال الأغطية الخفيفة لليدين والقدمين، وقد يفيد الأسبرين وفيتامين ب المركب.

#### £- زُرَاقُ النهايات acrocyanosis:

اضطراب تلوني مزرق مستمر، ثنائي الجانب على ظهر البدين، والقدمين، والوجه أحياناً. محرض بالتعرض للبرودة، ويترافق مع بعض التورم، لكن لا يوجد ألم أو تبدلات ضمورية، كما أن النبض عادي. تبدو فيه الظاهرة القزحية، ويتم إحداثها بإجراء ضغط خفيف على الناحية يتجم عنه ابيضاض لا يلبث أن يعود الاحمرار إليه من المحيط وياتجاه المركز أخذاً لوناً قرمزياً يعقبه عودة الزراق إلى الظهور.

هذا الاضطراب غير عرضي سوى من الناحية الجمالية. وسببه غير معروف، لكن يوجد قصة عائلية، يعتقد أن هناك تشنجاً في الأوعية الجلدية الصغيرة مع توسع كبب ثانوي.

الموجودات السريرية: تُصاب نهايات الأطراف كالبدين والقدمين عند النساء الشابات خاصة. تكون المناطق المصابة رطبة باردة (الشكل ٣)؛ وينزعج المرضى من حس التنميل. ويختفي هذا الجلاد في العقد الثالث من العمر، وأهميته أنه يؤهب للإصابة بجلادات أخرى كالتأليل الشائعة والشرث وكل من الذاب الشائع، والذأب الشرش، والسعفات الفطرية. ويُميز من داء رينو بطبيعته المستمرة، ونقص أذية الأنسجة إذ لا يوجد تنخر أو قرحات في الأصابع.

إن استنشاق بوتيل نتريت butyl nitrite، واستعمال الأنترفيرون ألفا ٢ يمكن أن يسبيا هذا الأضطراب. ويحدث



الشكل (٣) زُرَاقَ النهايات عند سيدة شابة لأحظ ظاهرة القرّحية وهي ظاهرة مميزة

أيضاً عند مرضى القهم العصبي anorexìa nervosa ويتحسن بزيادة الوزن.

المالجة: لا حاجة إلى المالجة، لكن يمكن الوقاية بوساطة الملابس الدافئة واستخدام حاصرات الكلس، ويجب إيقاف التدخين.

#### ه- الجك الرمري cutis marmorata:

يطلق على الجلد وخاصة الأبيض الذي يشبه المرمر بسبب أوردته الزرق المتبقعة، يشاهد على الطرفين السفليين في الأطفال الصغار والنساء المتعرضين للبرد.

يختفي التبقع حين تدفأ الأطراف، ولا يعني هذا المرض سوى تبقع فيزيولوجي في الجلد.

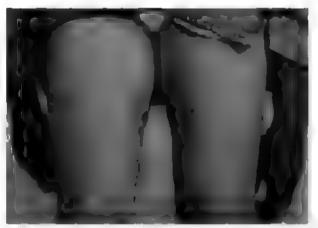
## ۱- التزرق الشبكي livedo reticularis:

تلون وردي إلى أحمر مزرق مرقط على نحو شبكة على جلد الأطراف غالباً، وهو على الأغلب مستمر ولاعرضي، يرافقه أحياناً نمل وإحساس بالبرودة وهناك شكل متنخر. ويجب تمييز التزرق الشبكي من الجلد المرمري الذي هو ظاهرة فيزيولوجية تشاهد في نصف الولدان الطبيعيين حين تعرضهم للبرودة، وأحياناً في البالغين.

التصنيف: يصنف التزرق الشبكي في شكلين:

أ- شكل أولي: غامض يشاهد غالباً فى النساء حين التعرض للبرودة ويرافقه خدر ووخز، وقد يتطور ليصبح دائماً، ويعد مجرد مشكلة جمالية. وهو غير مرافق لأمراض مستبطنة (الشكل ٤).

ب- شكل ثانوي: مرافق للأمراض الجهازية، وأهمها صمات الكولستيرول ومتلازمة سنيدون Sneddon (هو بالتعريف تزرق شبكي + آفات قلبية وعائية مع سلبية المضادات الفوسفولبيدية + أعراض عصبية)، ويرافقه أيضاً متلازمة



الشكل (٤) تزرق شبكي غامض عند شاب، كل الاستقصاءات والفحوص الخبرية طبيعية

المضادات الفوسفولبيدية بشكليها: الأولي الغامض، والثانوي المرافق والذأب الجهازي، والنهاب ما حول الشريان العقد، وترسب البلورات (أوكسالات وارتضاع كلسيوم الندم وهوموسيستين البول) والراصات القرية والغلوبولينات القرية ووجود فيبرينوجين قري في الدم والأخماج وبعض الأدوية النفسية.

إن أغلب أسباب التزرق الشبكي تسبب في الوقت نفسه فرفريات وأحياناً فرحات ثذلك من الشائع ترافق هذا الثلاثي (تزرق شبكي وفرفرية وقرحة).

المالجة: الشكل الأولي لا يحتاج إلى معالجة، أما الشكل الثانوي فيعالج فيه السبب المستبطن.

## ٧- التهاب الأوعية vasculitis:

هو حالة سريرية ونسيجية مرضية تتصف بالتهاب الأوعية الدموية وتنخرها، ولما كانت التظاهرات السريرية مرتبطة بحجم الوعاء المساب فإن التصنيف يتم تبعاً لذلك. وعلى نحو عام فإن إصابة الأوعية الصغيرة (وريدات ما بعد الشعريات مجسوسة، في حين تتظاهر آفات الشرايين المسوية الصغيرة بعقيدات تحت الجلد، أما الشرايين المتوسطة فتترافق وأعراض تنخر في الأجهزة الكبرى، وتزرق شبكي، وقروية مجسوسة، وتؤدي إصابة الأوعية الكبيرة إلى أعراض نقص التروية مثل العرج المتقطع والتنخر.

التعنيف: يوجد تصنيفات عديدة، لكنه يجب استبعاد الحالات الخثارية والخمجية في البدء قبل تشخيص الحالة على أنها التهاب أوعية، وحديثاً اكتشف تشارك بعض أشكال التهابات الأوعية الصغيرة والمتوسطة مع إيجابية أضداد هيوليية السغيرلات ANCA) anti-neutrophil cytoplasmic هما سهل وضع التشخيص والتصنيف (الجدول رقم ٣).

أ-التهاب الأوعية الصغيرة الجلدية: تتبع غالبية الحالات الإنتان الحاد أو تتلو قصة دوائية. تكون الفرفرية مجسوسة مع آفات بثرية أو تقرحية أو حويصلية تتوضع على نحو خاص على أسفل الطرف السفلي، وقد ترافقها أعراض جهازية مثل ألم المفاصل والتهاب المفاصل التي تتراجع خلال ٢-٤ أسابيع، وقد تكون ناكسة لذا يجب البحث عن سبب مستبطن، ومن هذه الأمراض الفرفرية الرثوية، والتهاب الأوعية الشروي، والوذمة النزفية الحادة في الرضيع، والحمامي المرتفعة الدائمة، والحبيبوم الوجهي، والتهاب الأوعية بالغلوبولينات القرية، وقد ترافق هذه الظاهرة الخوعية بالغلوبولينات القرية، وقد ترافق هذه الظاهرة

## آ- التهاب الأوعية الصغيرة الجلدية:

- التهاب الأوعية الصغيرة الغامض
  - فرفرية هنوخ شوئنلاين
- الوذمة النزفية الحادة في الرضيع
  - التهاب الأوعية الشروي
  - الحمامي المرتفعة الدائمة
    - الحبيبوم الوجهي
- التهاب الأوعية بالغلوبولينات القرية

أسهاب أخرى، مثل الخباثات والأدوية وأمراض النسيج الضام وأمراض الأمعاء الالتهابية، والإيدز ومتلازمة المجازة المعوية وأدواء العدلات وحمى البحر الأبيض المتوسط.

# ب- التهاب الأوعية المتوسطة:

التهاب الشرايين العقد: ومنه شكل جلدي سليم، وشكل جهازي

# ج- التهاب الأوعية المختلطة (متوسطة وصفيرة):

- المرافق لأمراض النسيج الضام
  - التهاب الأوعية الخمجي
    - الرافق لـ ANCA
    - المتنخر مجهرياً
      - حبيبوم فاغتر
    - شارج ستراوس
    - المسبب بالأدوية

# د- التهاب الأوعية الكبيرة:

- التهاب الشرايين بالخلية العملاقة cell arteritis giant
  - التهاب شرايين تاكاياسو Takayasu arteritis

# الجدول (٣) تصنيف التهاب الأوعية

أمراض أخرى مثل أمراض النسيج الضام، وجلادات العدلات وأمراض الأمعاء الالتهابية.

ب- التهاب الأوعية المتوسطة، ومنها التهاب الشرابين العقد بشكلية الجلدي السليم، والجهازي.

ج- التهاب الأوهية المختلطة (متوسطة وصغيرة).

ه- التهاب الأوعية **الكبيرة**.

أ- التهاب الشرايين المقد polyarteritis nodosa:

هو التهاب أوعية نخري مجموعي نادر الحدوث يصيب الشرايين المضلية والمتوسطة الحجم على نحو أساسي وقد يصيب الشرايين الصغيرة، كما قد يصيب أي عضو في الجسم، تكنه أكثر ما يصيب الجلد والعضلات والخصية، والمفاصل والجهاز الهضمي وما حول الأعصاب المحيطية

والجهاز العصيى المركزي، والكلية.

يسبب الالتهاب المرافق لهذا المرض ضعفاً في جدران الأوعية الدموية ويؤدي إلى تشكل أمهات دم وتمزقات، كما أن المنطقة التي تتم تغذيتها بالوعاء المساب تعاني خلل التروية، مما يسبب في الشكل الجلدي – قرحات واحتشاءات وتبدلات إقفارية.

الأعراض السريرية: طيف الأعراض السريرية واسع يراوح من شكل جلدي سليم إلى مرض جهازي منتشر. وقد لوحظ حدوث هذا المرض مضاعفة لالتهاب الكيد البائي B، والتهاب الكيد C.

يظهر في بداية المرض ترفع حروري، ونقص الوزن، وتسرع القلب، وكثرة الكريات البيض والحمضات منها على نحو

خاص، مع ارتفاع تعداد الصفيحات، وارتفاع سرعة التثفل، ويرافق ذلك ضخامة كبد وطحال.

وضعت الجمعية الأمريكية لأمراض الروماتيزم ACR في هام ١٩٩٠ العابير التالية لتشخيص الرض:

- فقد وزن أكثر من اكغ منذ بداية المرض، غير ناجم عن حمية أو أسباب أخرى.
  - تزرق شبكي.
- الم أو مضض خصوي، غير ناجم عن رض أو أسباب أخرى.
- الم عضلي منتشر (الكتف، حزام الورك)، أو ضعف عضلي، أو ضعف.
- تطور اعتلال عصب وحيد، أو عدة أعصاب، أو اعتلال أعصاب عديد.
- ارتضاع ضغط شریانی (الانبساطی أكثر من ۹۰ مم ژبقی).
- ارتضاع البولة (أكثر من dL\ 40mg)، والكرياتتين أكثر
   من هرا dL/mg الا يكون ناجماً عن التجفاف.
- وجود المستضد السطحي الالتهاب الكبد B، أو مضادات أجسام في المسل.
- يشير تخطيط الأوعية إلى وجود أمهات دم، أو انسداد الشرايين الحشوية غير ناجم عن التصلب الشرياني، وغير مُسبّب عن خلل التنسج الليفي العضلي dysplasia و عوامل التهابية آخرى.
- تبدي خزعة الأوعية الصغيرة والمتوسطة نخراً فيبرينياً
   وتحتوي على كريات بيض مفصصة النوى، كما تضم جدران
   الأوعية كريات بيضاً محببة أو كريات بيضاً محببة مع
   وحيدات.

يحتاج تشخيص التهاب الشرايين العقد إلى وجود ٣ معايير من ١٠. ويوجود المعايير الثلاثة يكون مشعر الحساسية ٢, ٨٣٪ والنوعية ٦, ٨٣٪.

التهاب الشرابين العقد الجلدي؛ ينحصر التهاب الأوعية في هذا النوع من الالتهاب في أوعية الجلد فقط، من دون وجود أعراض عامة أو إصابة جهازية أخرى، وتصاب الأطراف السفلية على نحو خاص ويتظاهر بفرفرية مجسوسة، وعقد مؤلمة محاطة بتزرق شبكي، وأفات تنخرية قد تتطور إلى قرحات، أما التغيرات المشاهدة في التشريح المرضي فمشابهة لما يشاهد في المرض الجهازي، الإندار جيد، لكن النكس شائع، وقد يتطور لمرض جهازي.

المالجة، كورتيزونات جهازية ومثبطات مناعة.

ب- التهاب الأوعية الصغيرة إيجابي أضداد هيولية الشدرلات ANCA) anti-neutrophil cytoplasmic antibodies): أصبحت ANCA موجودة مخبرية مهمة لتشخيص بعض التهابات الأوعية وتحديد إنذارها.

الأنواع؛ لها ثلاثة نماذج؛ السيتوبلاسمي ANCA-C ترافقه أضداد موجهة مباشرة ضد البروتياز (PR3) وهو نوعي نسبياً لحبيبوم فاغنر والتهاب الشرايين العديد المجهري، وهناك النموذج حول النووي ANCA-P وهو أضداد موجهة للبيروكسيداز النقوي myeloperoxidase وهو أقل نوعية وقد يوجد في التهاب الشرايين العديد المجهري ومتلازمة شارج وستراوس والتهاب الأوعية المحرض بالدواء، والشكل غير النموذجي atypical ANCA وأضداده غير موجهة للبروتياز وهو غير موجهة للبروتيار.

وتكون ANCA سلبية في التهاب الشرايين بالخلايا العملاقة وداء كاواساكي وداء بهجت، وقد تكون إيجابية في داء الغلوبولينات القرية، والذاب الجهازي.

ج- الورام الحبيبومي لفاغنر Wegener's granulomatosis.

مرض قاتل، نادر جداً، يتميز بالتهاب نخري حبيبومي مع التهاب أوعية صغيرة ومتوسطة، يصيب الجهاز التنفسي العلوي، والعين، والكلية، وقد يصاب به أي عضو في الجسم-

الأعراض؛ يبدأ المرض بارتفاع حرارة وأعراض عامة، واصابة الأنف بالتهاب مخرب، أو برعاف أو تصاب الأذن بالتهاب مخرب، أو برعاف أو تصاب الأذن بالتهاب. وقد يحدث التهاب جيوب، أو التهاب كبيبات الكلية النخري. ويمكن تلخيص الأعراض السريرية بالثلاثي التالي (إصابة الطرق التنفسية العلوية، والسفلية، والتهاب كبب الكلية). يصيب المرض الرجال والنساء من كل الأعمار.

قد تكون الأعراض الرثوية مأساوية تتجلى بنزف منتشر في الحويصلات الرئوية، لكن الأكثر شيوعاً أن تكون متوسطة أو خفيفة. ويبقى التهاب الكبب والكلية السبب الأكثر شيوعاً للموت ولهذا المرض شكلان؛ موضيع ومعمم. تشاهب الاختلاطات الهيكلية العضلية في أكثر من نصف الحالات وتتظاهر غالباً بألم عضلي ومفصلي، ويحدث في بعض الحالات التهاب مفاصل عديد حقيقي، أو التهاب مفصل وحيد. وتسبب إيجابية العوامل الرثوانية في حبيبوم فاغنر تشويش التشخيص.

تحدث الأضطرابات العصبية في أقل من ٥٠٪ من المرضى وتكون على شكل اعتلال أعصاب عديد محيطي في أقل من ٣٠٪ من الحالات، واضطرابات الجهاز العصبي المركزي في أقل من ١٠٪ من الحالات، إضافة إلى احتمال إصابة الأعصاب

الحركة للعان، كما قد تحدث قرحات هضمية ومتلازمات إقفارية مثل النبحة الصدرية واضطرابات قلبية أخرى.

تحدث الأعراض الجلدية في ٥٠٪ من المرضى، وتتضمن الأعراض: فرقرية مجسوسة، وتقرحاً شبيهاً بتقيح الجلد المواتي وفرط تتسج اللثة وحطاطات التهابية وقرحات صغيرة، والتهاب السبلة الشحمي، وعقيدات تحت الجلد. وتتوازى فعالية الأفات الجلدية مع فعالية المرض الجهازي. علماً أن الأعراض الجلدية غير توعية لهذا المرض لأنها قد تشاهد في الساركوئيد، وداء كرون والتنشؤات اللمضية، ولا تكفي الخزعة الجلدية عادة لتشخيص المرض.

يجب أن يفكر بوجود هذه الأفة في المرضى الذين يشكون من التهاب غير مفسر في الطرق التنفسية العلوية أو السفلية، أو العين، أو التهاب كبب الكلية، ويزداد الشك حين إصابة أكثر من عضو.

التشريع المرضى؛ يشير التشريع المرضي الجلدي إلى وجود التهاب أوعية صغيرة كاسرة للبيض مع تنكس فيبريني. وقد تشاهد التبدلات نفسها في الأعضاء الأخرى.

معايير التشخيص: معايير التشخيص بحسب الجمعية الأمريكية عام 1940:

- التهاب أنفي أو فموي: حدوث قرحات فموية مؤلة أو غير مؤلة، أو ضائعات أنفية قيحية أو مدماة.
- اضطراب صورة الصدر: تظهر فيها عقيدات وارتشاح ثابت، أو تكهف.
- الرسابة البولية: بيلة دموية مجهرية (أكثر من خمس كريات حمر)، أو أسطوانات كريات حمر في الرسابة.
- التهاب حبيبومي بالخرعة: يُظهر الفحص النسيجي
   التهابا حبيبومياً في جدار الشريان أو حول الأوعية، أو في منطقة خارج وعائية.

ويوضع التشخيص حين وجود معيارين على الأقل، وتكون الحساسية حينتك ٨٨٨٨، والنوعية ٩٢٪.

المالجة: تستخدم الستيروئيدات وكابتات المناعة؛ لأن الستيروئيدات وحدها لا تتحكم بالمرض الكلوي لذلك فالمشاركة مطلوبة بين الستيروئيدات و كابتات المناعة. والإندار سيئ.

ه- متلازمة شارج - ستراوس Strauss syndrome- Churg:
هي إصابة الأوعية الصغيرة والمتوسطة، تشبه بأعراضها
حبيبوم فاغتر لإصابته الطرق التنفسية العلوية والسفلية
وكبب الكلية إلا أن هذا المرض أقل شدة، ويحدث على نحو
خاص في مرضى لديهم قصة مرضية لأكزيمة بنيوية، أو

ربو، أو التهاب أنف تحسسي.

الأعراض السريرية: تبدأ بأعراض ربوية شديدة تسبق بسنوات أعراض التهاب الأوعية الجهازي مع ارتشاح رئوي قد يرافقه نزف حويصلي وانصباب جنب غني بالحمضات مع اعتلال عضلة قلبية وأعراض قلبية أخرى، وهي شديدة قد تؤدي إلى الوفاة ويحدث في الطور المتأخر للمرض اعتلال اعصاب عديد، وإصابة جهاز الهضم والعين والأنف والتهاب كيب الكلية.

معايير التشخيص: وضعت الجمعية الأمريكية للأمراض الرثوية المعايير الأتية لتشخيص متلازمة شارج -- ستراوس عام ١٩٩٠هي:

- ريو ،
- ارتضاع الحمضات اكثر من ١٠٪.
  - ارتشاح رئوي غير ثابت،
- اعتلال عصبي: وحيد أو متعدد.
- اضطراب الجيوب المجاورة للأنف.
- حمضات خارج الأوعية في موجودات الخرعة.

ويجب لوضع التشخيص وجود أربعة معايير على الأقل. وتكون الحساسية عندها ٨٥٪ والتوعية ٩٩,٧٠٪،

التشريح المرضي النسجي: يشاهد في العقيدات الجلدية للمرض وتقرحاته التهاب الأوعية، كما في التهاب الشريان العقد، مع وجود حمضات.

المعالجة: تتم بالستيروئيدات الجهازية، ولا تتطلب المالجة كابتات المناعة.

## هـ التهاب الشريان الصدغى temporal arteritis:

مرض مجموعي يصيب الشرايين الكبيرة والمتوسطة، وتسود إصابة الشرايين القحفية والصدغية. يصيب الأشخاص الذين تجاوزت أعمارهم ٥٠ سنة. ويفضل تسمية المرض "التهاب الشرايين بالخلايا الكبيرة grant cell arteritis" لأنه يصيب شرايين أخرى مثل الشريان الأبهري، والسباتي والحرقمي وغيرها.

الأعراض، الشكاية الأكثر شيوعاً في هذا المرض هي العبداع ويظهر في ثلثي المرضى، ويكون جديداً أو مختلفاً في صفاته عن أي صداع سابق. وهو مفاجئ الحدوث، يتوضع على المنطقة الصدغية. لكن الألم قد يكون منتشراً، لذلك فإن أي ألم حديث في الرأس لدى مريض تجاوز عمره ٥٠ سنة يجب أن ينبه لهذا المرض.

تتبع الأعراض السريرية الشرايين الريضة، فعلى سبيل المثال تؤدى إصابة الشريان الصدغى السطحى إلى حساسية

بالفروة حين اللمس أوخلال القيام بالمجهودات البسيطة مثل الاستلقاء على الوسادة، أو تمشيط الشعر، أو ارتداء النظارات، وقد يراجع المريض الطبيب الإصابته بمنطقة تنخر في الفروة.

المضاعضة المدمرة لهذا المرض هي فقدان البصر غير العكوس، لذلك يعد المتهاب الشريان الصدغي من أهم الحالات العينية الإسعافية، وقد يحدث فقدان البصر ثنائي الجانب في ثلث المرضى: ثنا فإن التشخيص الباكر والمعالجة المناسبة ضروريان لإنقاذ العصب البصري والشبكية من نقص التروية. يكون فقد الرؤية مضاجئاً، غير مؤلم، عابراً ومتقطعاً في البدء، وحيد الجانب، وقد يحدث الشفع. أما إذا ترك المرض من دون معالجة فيحدث العمى الدائم.

وهناك أعراض غير لوعية مثل: الحمى والدعث واضطراب الذاكرة والقمه ونقص الوزن، والتعب والاكتثاب،

يكون الجلد فوق الشريان الصدغي متورماً وملتهباً، ويبدو الشريان بالجس كحبل غير نابض، أما الفحوص المخبرية فتبدي ارتفاع سرعة التثفل وهي علامة مهمة للشك بهذا المرض.

معايير التشخيص: بحسب العايير التي وضعتها الجمعية الأمريكية لأمراض الروماتيزم عام ١٩٩٠:

- @ العمر أكثر من ٥٠ سئة.
- صداع جديد أو ألم موضع في الرأس.
- حساسية الشريان الصدغي حين الجس أو ضعف نبض الشريان الصدغي.
  - سرعة التثفل أكثر من ۵۰ مم/سا.
- تبدي خرعة الشريان الصدغي (التهاب أوعية نخرياً مع رشاحة حبيبومية).

يجب لوضع التشخيص اجتماع ثلاثة معايير على الأقل وتكون الحساسية حينها ٩٣،٥ والنوعية ٢, ٩١٪.

التشريح المرضي النسجي، تكون بطانة الشريان المساب متكاثرة، ويشاهد تخرب الطبقة المرنة وارتشاح جدار الوعاء بالخلايا اللمفاوية والمنسجات والخلايا العملاقة العديدة. ويحدث التليف في المرحلة الأخيرة.

المُعالَجة؛ الكورتيزونات الجهازية هي الوحيدة التي ثبتت فعاليتها، وتعملى إسعافياً بجرعة ٦٠ ملغ/اليوم. يحدث التحسن خلال ٧٢ ساعة. ويجب إخبار المريض أن مدة المعالجة تراوح بين السنة والسنتين.

و- داء برغر Buerger disease:

داء بسرغسر أو الالشهباب التوعبائس الخسشاري المست

thromboangiitis obliterans مرض وعائي لا تصلبي، يتميز بغياب العصيدة الشريانية، وهو التهاب وعائي مقطعي، يتضمن ظاهرة انسداد وعائي. يصيب كلاً من الشرابين والأوردة الصغيرة والمتوسطة في الطرهين العلويين والسفلين.

ومن المؤكد حدوث هذا المرض بسبب تدخين التبغ وعلكة النيكوتين وعلكة النيكوتين وصافات النيكوتين - التي تنتشر حديشاً بديلاً عن التدخين - والتدخين السلبي second hand tobacco عن التدخين السابقين المتوقفين عن التدخين، وررتبط ترقى المرض باستمرار التدخين.

الأعراض السريرية: يتظاهر المرض بعرج متقطع، وألم في اثناء الراحة أحياناً قد يلتبس بألم عظمي، وقرحات نقص التروية، وتموت أصابع اليدين والقدمين، مما يؤدي لتكرر بتر الأطراف، ووجد أن 27%من المصابين في الولايات المتحدة قد تعرضوا لبتر أو أكثر خلال ٢-٧ سنوات من الإصابة. ومع أن المرض النموذجي يصيب أوعية الأطراف فقد ذكرت عدة تقارير حالات نادرة أصاب المرض فيها الأبهر، والشرايين الرثوية والكلوية والدماغية والتاجية والسباتية.

الألية الإمراضية للمرض مجهولة، ويُعتقد أنها آلية مناعية تؤدي إلى اضطراب وظيفة الأوعية وحدوث خشرة التهابية، كما يظهر لدى المرضى فرط حساسية لكونات التبغ باختبار الحقن ضمن الأدمة.

معاییر التشخیص: بسبب صعوبة إثبات داء برغر علی تحو مؤکد فقد وضعت عدة معاییر:

أما التقاط الإيجابية فيها فهيء

- العمر أقل من 10 سنة.
- قصة تدخين حاثي أو سابق.
- وجود نقص تروية في نهايات الأطراف.
- استبعاد أمراض المناعة الناتية وحالات قرط التخشر والسكرى وذلك بوساطة الفحوص المخبرية.
- استبعاد صمة محيطية بتخطيط القلب وتصوير الشرايين.
- التوافق ما بين تصوير الشرايين والأعراض السريرية.
   ويمكن الاستعانة بالجدول رقم 1:

التشريح المرضي النسجي: يشاهد ارتشاح جدر الأوعية المتوذمة بالمعتدلات مع بالعات وخلايا عملاقة. ويشاهد خثارات وثخن الغشاء الباطن المرن للوعاء.

المعالجة: إيقاف التدخين النام هو الخطة الوحيدة التي توقف ترقى المرض، فتدخين حتى ١-٢ (سيكارة) في اليوم، أو

التقاط السلييا	النقاط الإيجابية	الممرحين المدوث
	Y+	~ أقل من ٣٠ سنة
	1 +	– من ۲۰ –۴۰ سنة
i -		- من 20 -= 0 ستة -
T		- آکیر من ۵۰ سنة
		المرج المتقطع
	۲.	- موجود حالياً
	<b>*</b> +	- بالقصة
		التبغين
1 -		- آنثی مدخنة
٧-		- غير مدخنة
		الأطراف العلوية
	¥ +	- عرضية
	1+	- غير عرضية
١		- طرف واحد
4-		- طرفان غير مصابين
		تقرح سطحي وريدي مثنثل
	¥+	- موجود حالياً
	1-	- بالقصة
		غياب النبض
1-		– عضدي
γ-		- فخذي
		ريتو
	**	- موجود حالياً
	1+	- بالقصة
		تصلب شراييني
1 -		تشف بعد التشخيص به-١٠ سنوات
٧-		۲ه سنوات او اقل
4-		مًاع الضغط الشريائي وشحوم الدم ٢-فسنوات أو أقل
	4+	تصوير الشرايين نموذجي والخزعة
	١+	احدهما
احتمال التشخيص		عنيد التقامل
مستبعد		1
مشتبه (احتمال ضئيل)		T-Y
ممكن (احتمال متوسط)		0-8
مشخص (احتمال عال)		اکثر من ۹

استخدام لصاقات النيكوتين، أو علكة النيكوتين تؤدي إلى استمرار ترقي الرض. وما عدا إيقاف التدخين لا يوجد علاج فعال، وذكرت فائدة مقلدات البروستاغلاندين وهي غالية الثمن، أما مضادات التخشر فليس هناك ما يؤكد فائدتها. ويجب تحاشي الرضوض بلبس الأحدية المريحة، وتجنب التعرض للبرد، ومعالجة الأخماج، والابتعاد عن الأدوية التي تسبب تقبض الأوعية.

## ز- داء ديڤوس Degos' disease:

هو التهاب بطانة الأوعية ويتظاهر على الجلد بحطاطات يتلوها ضمور يخلف ندبة بلون أبيض بورسلاني، وهو مرض مترق يصيب الشرايين الصغيرة والمتوسطة. يميز فيه بعض المؤلفين بين شكل محدد يصيب الجلد فقط، وشكل قاتل يصيب عدة أجهزة.

الأعراض السريرية: يتظاهر المرض على الجلد بحطاطات حمامية: وردية: زهرية قطرها ٢-٥ مم، غالباً لاعرضية: وقد يرافقها إحساس حرق وتظهر في أي مكان من الجسم ما عدا الوجه والراحتين والأخمصين. تشفى هذه الحطاطات مخلفة ندبة ضمورية بيضاء بورسلانية حافتها ذات شعيريات متوسعة. والإصابة العينية مميزة لهذا المرض. يصاب الجهاز الهضمي في ٥٠٪ من الحالات وتتضاعف الإصابة بانتقاب الأمعاء مؤدياً إلى الوفاة وقد تصاب أجهزة أخرى، فيصاب الجهاز المصبي المركزي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تصاب الجهاز المصبي المركزي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تصاب الجهاز المصبي المركزي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تصاب الجهاز المصبي المركزي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تصاب الجهاز المصبي المركزي في ٥٠٪ من الحالات، وقد تصاب الجهاز المسبي المركزي في ٥٠٪

تبدو الأعراض الجهازية عادة بعد المرض الجلدي بمدة تراوح بين عدة أسابيع إلى سنوات وقد تسبق الأعراض الجهازية الأعراض الجلدية في حالات نادرة.

الألية الإمراضية مجهولة، وهناك من المؤلفين من لا يعد هذا المرض وحدة مستقلة بل يربطه بالثاب الجهازي، أو بحبيبوم فاغنر.

هذا المرض قاتل خلال سنة حتى ثلاث سنوات من بدء حدوثه، وسبب الوفاة الأكثر شيوعاً هو انتقاب الأمعاء، ويراوح معدل البقيا من ١-١٢ سنة.

التشريع المرضي التسجي: يلاحظ ارتكاس التهابي ومعتدلات في جدر الشرينات المضلية وفي النسج المحيطة مع تشكل انسداد خثاري في باطن الشريان.

المعالجة؛ لا يوجد معالجة فعالة. استخدمت مضادات التصاق الصفيحات فأنقصت تشكل آفات جديدة في الجلد حصراً في بعض المرضى، وهناك من يعتقد فالدة الامينوغلوبولين وريدياً. ويلجأ إلى التداخل الجراحي حين

حدوث المضاعفات الهضمية.

## -٨- تُقَيِّح الْجِلْد الْمُواتِي pyoderma gangrenosum:

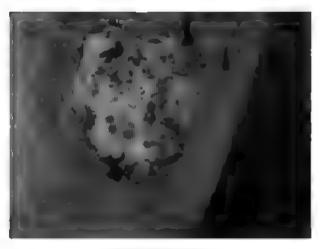
هو تقرح جلدي النهابي مجهول السبب، وهو ليس بخمج جلدي كما يشير اسمه، وترافقه أمراض جهازية في ٥٠٪ من الحالات، ويتم تشخيصه باستبعاد الأسباب الأخرى التي تسبب قرحات مشابهة.

الموجودات السروروية: يبدأ المرض على شكل بؤرة بشرية عقيمة، أو حطاطة صغيرة حمراء لا تلبث أن تمتد مشكلة تقرحاً كبيراً له قاعدة نخرية وحواف حمامية مؤلمة متخرية ذات حدود واضحة كأنها مرسومة بالفرجار، وغائباً ما يشير المريض إلى أن بداية المرض نجمت عن لدغ، يرافق هذا المرض دعث وآلام مفعلية، وهو يصيب الأعمار بين ٤٠-١٠ سنة ويتوضع غالباً على الطرفين السفليين (الشكل ٥).

قد يرافق هذا المرض أمراضا داخلية مثل التهاب القولون الشرحي، وداء كرون والتهاب المضاصل العديد السلبي والإيجابي المصل، ويعض الأمراض الدموية مثل ابيضاض الدم وطليعة ابيضاض الدم، واعتلال غامي وحيد النسيلة (من نمط IgA غالباً). ويرافقه على نحو أقل شيوعاً التهاب المفاصل الصدافي، والتهاب الكبد، والتشمع الصفراوي الأولي، والأمراض المناعية مثل: الذاب الحمامي الجهازي، ومتلازمة جوغرن.

وقد يظهر المرض مع ظهور المرض المستبطن أو قبله أو بعده: تذلك كان من الضروري لتشخيص المرض المرافق استقصاء المريض على نحو تام بأخذ قصة سريرية كاملة، وإجراء فحص سريري دقيق، ثم إجراء الفحوص الدموية والشعاعية.

الألية الإمراضية غير معروفة، ويعتقد أنها خلل التنظيم



الشكل (٥) تقيع جلد مواتي

المناعي مما يؤدي إلى ازدياد جذب المتدلات.

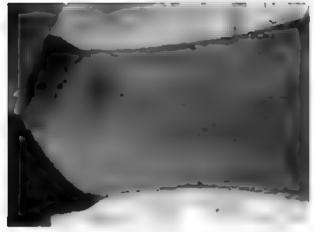
التشريح المرضي: لانوعي إذ يشاهد ارتشاح التهابي شديد ومنتشر بمزيج من اللمضاويات والمصوريات والناسجات والعدلات.

المعالجة: قد تكون معالجة المرض المستبطن المرافق حين وجوده كافية لمعالجة تقيح الجلد المواتي، أما معالجة المرض الجلدي فتستند إلى المعالجات الموضعية مثل الكورتيزونات الموضعية، أو الخردل الأزوتي، أو كرومولين الصوديوم ٢٪. أو يعالج جهازياً بالكورتيزونات الجهازية، أو بكابتات المناعة الأخري مثل: الأزاتيوبرين والسيكلوسبورين، ويمكن استخدام الدابسون، ويبتعد عن الإجراءات الجراحية لأنها تؤدي إلى امتداد التقرح.

#### erythema nodosum الحمامي المقدة -٩

اندفاع حمامي عقيدي حاد يتوضع على السطوح الباسطة للطرفين السفليين لكنها قد تصيب أي سطح من الجسم. يعتقد أنها فرط حساسية متأخر للستضدات مختلفة، وقد ترافقها أمراض جهازية عديدة، وقد تسببها بعض الأدوية، أو تكون مجهولة السبب. يحدث الارتكاس الالتهابي في الطبقة العميقة من الأدمة وفي النسيج الشحمي.

الأعراض: يبدأ المرض بأعراض شبيهة بالنزلة الوافدة مثل الحمى والألام المصلية، وألم الساقين. ثم تظهر الأفات على شكل عقيدات حمر حساسة للجس، وتكون حدود الأفات غير واضحة، ويراوح حجم العقيدة بين ٢-٦سم (الشكل ٦).



الشكل (٦) حمامي عقدة عند شاب لديه التهاب قرحية وضخامة عقد سرية رئوية (متلارمة لوفجرين)

تكون الأفات خلال الأسابيع الأولى متوترة، قاسية، مؤلة، ثم قد تلين ولا تتقرح، تستمر الأفات المفردة مدة أسبوعين وتظهر أفات جديدة خلال ٢-٣ أسابيع، لكن ألم الساقين ووذمة الكاحل يستمران أسابيع.

تظهر الأفات عادة على الوجه الأمامي للساق، لكنها قد تصبيب أي سطح، يتغير لون الأفات من الأحمر إلى الأزرق الذي يأخذ بالشحوب تدريجياً ليصبح بمنظر الكدمة. وتحدث الآلام المصلية في ٥٠٪ من الحالات.

السبب الأكثر شيوعاً للحمامي العقدة هو الإنشان بالعقديات في الأطفال، والساركونيد في البالغين. ومن السببات الأخرى: السل والأخماج المعوية باليرسينية والخمج الرئوى بالميكوبلاسما، وهناك الحمامي العقدة الجنامية

النسبة اللوية	الإمراضية
% <b>4.5</b>	مجهول
777	الساركوئيد (متلازمة لوفجرين)
7/.Y.*	خمج طرق تنفسية علوي (فيروسي)
% <b>v</b>	التهاب البلعوم بالزمرة ٨ بيتا الحالة للدم من العقديات
7.0	السل
% <del>*</del>	الأدوية (البنسلَين - السولفا - مانعات الحمل القموية)
% <b>4</b>	الأسباب الأخرى (أمراض الأمعاء الالتهابية - داء بهجت، الخباثات، متلازمة سويت)

التي تشابه الحمامي العقدة سريرياً لكن الصورة النسيجية لها مختلفة، فهي التهاب أوعية كاسر للكريات البيض، وقد يكون السبب بعض الإنتانات الفطرية، والأدوية وأشهرها السلفوناميد، وأملاح الذهب، ومانعات الحمل، كما ترافق أمراض الأمعاء الالتهابية مثل داء كرون والتهاب القولون القرحي، ولوحظ حدوثها كذلك في كل من داء هودجكين واللمفومات الأخرى، وفي الساركوئيد يُشار على نحو خاص إلى متلازمة لوفجرين (حمى وحمامي عقدة واعتلال عقد سرية والتهاب مفاصل والتهاب قرحية) وداء بهجت، وأخيراً الحمل في ثلثه الثاني.

التشريح المرضي: بلاحظ رشاحة التهابية لمفاوية حول الأوعية ونزف في الأدمة السفلية وفي حجب النسيج الشحمي.

المالجة: الحمامى العقدة مرض محدد ذاتياً في معظم الحالات، ويتطلب معالجة عرضية فقط وذلك باستعمال مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية مع الراحة بالسرير، ورفع الطرف، واستعمال رباط ضاغط. ويمكن استعمال يوديد البوتاسيوم، والكولشسين. ومعالجة المرض المستبطن المرافق.

#### ١٠- قرحات الساق:

قرحة الساق leg ulcer هي قرحة أسفل الساق سببها الركودة الوريدية المزمنة وأسباب أخرى. تصيب ٣-٥٪ من البشر فوق عمر ٦٠ سنة.

الأسباب: يشكل القصور الوريدي 20-30 من الأسباب، والقصور الشرياني 10-30 منها، أما الداء السكري فنحو 10-30 من الحالات إضافة إلى أسباب مختلطة في 10-40. ويزيد التدخين والبدانة خطر تطور القرحة واستمرارها من دون النظر إلى السبب المستبطن.

الموجودات السريرية: تصيب القرحة الوريدية على نحو خاص الوجه الأنسي (الباطن) لأسفل الساق وتتوضع على الثلث القاصي (السفلي)، شكلها مستدير أو متطاول، وقد تكون وحيدة أو متعددة تكبر لتجتمع في قرحة وحيدة. يغطيها قبح لزج. وتكون القرحات المتوضعة أمام الكاحل أو الظنبوب مؤلة على نحو خاص بسبب الألم السمحاقي. الظنبوب مؤلة على نحو خاص بسبب الألم السمحاقي. تستمر هذه القرحة سنوات إذا لم يعالج السبب المستبطن. ويعد الخمج الثانوي الجرثومي وأخماج المبيضات البيض أهم مضاعفاتها. كما يكون الجلد المحيط بها أكثر استعداداً للتأكزم من جزاء المؤرجات الموجودة في الأدوية الموضعية التي تطبق لها خاصة الصادات الموضعية مثل النيومايسين. وقد تنشأ سرطانة حرشفية الخلايا على القرحات الركودية وهذا تنشأ سرطانة حرشفية الخلايا على القرحات الركودية وهذا

أخطر ما يمكن أن يصيبها ثذا يجب الشلك بهذه الضاعفة في كل القرحات المزمنة غير الستجيبة للمعالجة ويجب إجراء الخزعة الجلدية حين الشك بحدوثها.

أ- قرحة القصور الوريدي: سببها ازدياد الضغط في الجهاز الجهاز الجهاز الوريدي أسفل الساق بسبب قصور صمامات الجهاز الوريدي العميق، ووظيفة هذه الصمامات منع عودة الدم المضخوخ بوساطة عضلة الربلة مع كل حركة. ومن الأسباب الأخرى الحمل والبدانة والتهاب الوريد الخثري. غالباً ما تتوضع هذه القرحة على السطوح الأنسية.

ب- قرحة القصور الشريائي: غالباً ما تتوضع على السطوح الوحشية. وتحدث في المدخنين والمصابين بضرط الضغط الشرياني والسكريين. حيث يلاحظ ترقق الجلد، وضياع الشعر، وغياب النبض أو ضعفه وشحوب الطرف حين رفعه والعرج حين المتمارين، ويجب المتفكير بداء برغر في هذه الحالة. أما العلاج فيعتمد على تحسين التروية الدموية ومنع الخمج.

ج- قرحة الاعتلال العصبي: سببها الاعتلال الحسي في السكريين وتتميز بغياب حس الألم.

هرحة اللايشهائيا: اللايشمائيا سبب القرحة السماة
 باسمها في بلدنا، ويجب التفكير بها في كل قرحات الساق



الشكل (٧) قرحة ساق بسبب اللايشمانيا الجلدية

- القرحة الركودية
- القرحة عقب التهاب الوريد الخثاري
  - القرحة عقب الرضوح

#### ٧- قرحة الساق الشريانية:

- تصلب الشرابين
- التهاب الشرايين العقد
  - داء بيرغر
- الأعتلال الوعائي السكري
  - قرط ضغط الدم
    - -- أمهات أثدم
  - ٢- قرحة الساق الرضية
- 4- قرحة الساق الخمجية، يشار إلى اللايشمانيا الجلدية خاصة.
  - ٥- قرحة الساق في الجلادات:
    - تصلب الجلد
    - الذأب الحمامي
    - تقيح الجلد المواتي
  - ١- قرحة الساق عصبية النشأ
    - ٧- قرحة الساق الورمية
- ٨- قرحة الساق لأسياب وراثية: مثل فقر الدم المنجلي، ومتلازمة كلاينفلتر

## الجدول (٦) أسباب قرحات الساق

ولاسيما التي تتوضع على المناطق المكشوفة منها، وتشخص بتحرى الطفيلي مباشرة (الشكل ٧).

وهناك أسباب أخرى كثيرة لقرحات الساق (الجدول رقم ").

#### ثانياً- الوحمات الوعائية الدموية:

من المهم التمييز بين الورم الوعائي الدموي في الطفولة hemangioma of infancy أو ما يسمى الوعاؤوم الكهفي - الذي هو ورم وعائي يبدو حين الولادة في غالبية الحالات، ثم يظهر ويكبر حتى يبلغ الطفل المساب تسعة أشهر، ويعدها يتوقف عن النمو، ثم يتراجع تلقائياً - ويين التشوهات الوعائية التي تستمر ولا تتراجع تلقائياً، وقد تكون جزءاً من متلازمات أعقد.

#### ومن المفيد هذا التعريف ببعض المسطلحات:

 الأورام العابية hamartomas: هي أورام تنشأ من نمو بعض الأنسجة نموا زائداً، وقد تكون وحمانية أو أوراماً جزئية ناشئة من اضطرابات مضفية.

phakomatosis الأدوام العدسية الوعالية الصباغية pigmentovascularis خلايا

ملانية أو بشروية، ولها أنماط متعددة (راجع الجدول ٧).

 التشوه malformation: توجد فيها بنية غير طبيعية تتصف بزيادة الكونات الطبيعية للجلد أو نقصها، وتنجم عن خلل في التطور الجنيني أو عن رض. وقد ينجم عن هذا الاضطراب خلل تشريحي أو خلل وظيفي.

## :nevus flammeus الوحمة الشعلية

هي وحمة ولادية بشكل لويحة واضحة الحدود بلون أحمر متألق أو نبيذي أو بنفسجي، يراوح حجمها بين عدة ملمترات وعدة سنتمترات تنجم عن تشوه الشعيرات. تصيب على الأقل 8% من السكان على نحو دائم. لا تبدي ميلاً إلى النمو (الشكل ٨).

#### الأنواع:

أ- الوحمة الشعلية المتشققة، تتوضع على خطوط الانفلاق المضغية (منتصف الجبهة وقوهتي الأنف والأجفان) إندارها حسن، إذ إنها تتراجع تلقائياً.

ب- وحمة سمك السلمون؛ تتوضع على مؤخر العنق،

ج- الوحمة الشعلية بوصفها جزءاً من متلازمة الداء
 العدسي: تكون فيها الوحمة الشعلية مشتركة وتشوهات

الآفة الوعائية	الأقة الصياغية
وحمة شعلية	١- وحمة صباغية ومتلأثثة (متاثقة)
وحمة شعلية	٣- وحمة خلايا صباغية ادمية (وحمة زرقاء)
وحمة شعلية	٣- وحمة مرقطة
وحمة شعلية	- وحمة مرقطة مع وحمة خلايا صباغية أدمية (وحمة زرقاء)
الجلد المرمري متوسع الشعيرات الخلقي	ه- وحمة خلايا صباغية أدمية (وحمة زرقاء)
	الجدول (٧) تصنيف الأدواء العدسي



الشكل (٨) وحمة شعلية

أخرى في الأنسجة الرخوة والعظام وشبكية العين، وتضم متلازمة ستورج ويبر، وفون هيبل ليندو، ومتلازمة كليبل ترينوني.

التشريح المرضي النسجي: ترى فيها شعريات دموية متوسعة أسفل الأدمة.

المعالجة: المعالجة بالليزرهي المعالجة المناسبة، ويستعمل لذلك الليزر الصباغي النابض ٥٨٥ وقد تستأصل جراحياً، أو تعالج بالتبريد وتتطلب هذه المعالجة خبرة وموازنة بين النتيجة الجمالية المتوقع الحصول عليها والمظهر الحالي.

#### ۲– متلازمة ستورج ويبر Sturge- Weber:

هي تشوه وعالي ولادي تتظاهر بوحمة شعلية في منطقة توزع المصبب مثلث التوائم في الجلد، وفي الجملة المصبية الركزية مع زرق في العين. وهي نادرة وقد تنتقل بصبغي جسدي سائد مع نفوذية متبدلة.

الموجودات السريرية؛ توجد عادة وحمة شعلية على الوجه، وحيدة الجانب في ناحية توزع الفرعين الأول والثاني للمصب

مثلث التوائم. وقد تمييب الأغشية المخاطية الفموية. كما يوجد زرق عيني في الجانب نفسه مع ضخامة المقلة في ٢٠٪ من الحالات. وترافقها أعراض عصبية مثل النوب الصرعية والشلل الدماغي والتخلف العقلي والخرف الباكر. يعتمد التشخيص على وجود الوحمة الشعلية في الوجه وعلى نتائج الاستقصاءات الشعاعية. ويجب الحدر في أثناء المداخلات الجراحية السئية وغيرها على الأغشية المخاطية خشية حدوث النزف.

## ۳- متلازمة كليبل - ترينوني - ويبر - Klippel- Trenaunay - Weber

تتكون من وحمة شعلية ضخمة على أحد الأطراف، مع دوالي عميقة ناجمة عن تشوهات وعائية، مع ضخامة الطرف المصاب بسبب فرط الأكسجة الناجم عن فرط التوعية. يمكن إجراء جراحات وعائية لربط التفاغرات الشريانية الوريدية، مع تطبيق عصائب على الطرف المصاب.

#### ٤- متلازمة هون هبيل ليندو Von Hippel- Lindau:

هي تشوهات وعائية ولادية متعددة البؤر. تتظاهر بوحمة شعلية على الجلد ترافقها وعاؤومات شعرية في الشبكية والسحايا والمخيخ، وقد ترافقها تشوهات أخرى مثل كيسات المثكلة.

#### - الوحمة الفقر دمية nevus anemicus

هي اضطراب خلقي تتميز بوجود لطخ شاحبة تأخذ لوناً أبيض ويأحجام وأشكال مختلفة، كما أنها لا تصبح حمراء بالضغط أو الحرارة، وهي تشابه البهاق لكن كمية الصباغ في هذه الوحمة طبيعية، كما لا تسبب أشعة وود Wood's في هذه الوحمة طبيعية، كما لا تسبب أشعة وود ight التطخة البيضاء والجلد الطبيعي). وسبب هذه الأفة ازدياد حساسية الأوعية الدموية للكاتيكولامينات.

يقسم كل نمط من الأنماط السابقة إلى تمطين: تحت النمط A توجد فيه إصابة عينية - جلدية فقط. وتحت النمط B ويتضمن إصابات خارج الجلد: عصبية وهيكلية واضطرابات أخرى.

## ٦- الوحمة المنكبوتية spider nevus:

كما يدل اسمها عليها . ليست وحمة بل تنجم عن حدوث تشكلات وعائية عنكبوتية لها شرين مركزي ومنه تتفرع الشبكة . تحدث عادة على الوجه وليس لها أهمية خاصة إلا الناحية الجمالية . كما يزداد عددها في الحمل، وقد تشاهد في سير بعض الأفات مثل تشمع الكبد ومتلازمة كرست CREST.

تعالج بتخريب الوعاء المركزي بإبرة الإنفاذ الحراري.

المحقوضة الشعيرات الوراثي النزفي (داء أوسلر) hereditary عنيرة من المسلم الم

#### معايير التشخيص:

إ- رعاف: ناكس ومتكرر.

ب- توسع شعيرات عديد وخاصة على الأغشية المخاطية.

ج- آفات حشوية: توسع شعيرات في الجهاز الهضمي.

همة عائلية: إصابة واحد من اقرباء الدرجة الأولى.
 يجب وجود ثلاثة معايير من أربعة لوضع تشخيص أكيد.

ويكون التشخيص محتملاً بوجود معيارين فقط.

المعالجة: تعتمد على السيطرة على النزف الأنفي بالليزر؛ أو على تبديل الغشاء المخاطي بطعوم جلدية مشطورة، وإعطاء مانعات الحمل الفموية للنساء المسابات بعد سن البلوغ، وتخثير التوسعات الإفرادية بإبرة الإنفاذ الحراري.

# ثالثاً - الأمراض الجلدية الوعالية اللمفية:

#### ا- الوذمة اللمفية lymphedema!

هي تجمع اللمف - وهو سائل غني بالبروتين ينجم عن تخرب شبكة النزح اللمفي - تجمعاً غير طبيعي. يتظاهر بتورم الأطراف تورماً مزمناً، لكنه قد يحدث على الوجه والنطقة التناسلية والجدع.

تعنثيف الوذمة اللمفية؛ تقسم الوذمة اللمفية إلى: أولية، وثانوية (الجدول رقم ٨).

أ- الودّمة اللمفية الأولية: تنجم عن اضطراب الجهاز اللمفي منذ الولادة، إما بسبب نقص تصنع خلقي، أو عدم تصنع تام للأوعية اللمفية، وإما بسبب قصور دسامي. لكن

الأعراض السريرية ربما لا تتظاهر حتى سن متاخرة من الحياة. وقد ترافق هذه الوذمة الأولية تشوهات جهازية أخرى مثل، متلازمة الأظفار الصفر، ومتلازمة تورنر ومتلازمة

## ١- الوذمة اللمفية الأولية:

- الولادية (داء ميلروي)،
- الوذمة اللمفية المبكرة،
- الوذمة اللمفية المتأخرة.

# ٧- المتلازمات المرافقة دوماً ثوذمة لفية أوثية:

- متلازمة الأظفار الصفر،
  - مثلازمة تورنر،
  - مثلازمة نونان.
- -الأدواء العدّسية الوعائية الصباغية.
- متلازمة الوذمة اللمفية تضاعف الأهداب،
- القدم الكيساء (مقوسة) الخمصية pes cavus.

## ٣- الاضطرابات الجلدية المرافقة لوزمة للفية أحياناً:

- الأظفار الصفر.
- الأورام الوعائية (الوعاوؤمات).
  - الصفرومات.
  - غياب الأظفار الولادي.

#### الوذمة اللمفية الثانوية:

- بعد استئصال الثدي.
- تسريب الـ melphalan الوريدي.
  - انسداد بسبب خباثة.
    - » ضغط خارجی.
    - وذمة لمفية مفتعلة.
  - عقب المالجة الشماعية.
- تالية لالتهاب النسيج الخلوي أو الأوعية اللمفية المتكرر.
  - وذمة الأطراف العلوية بعد أكزيمة متكررة.
    - الأدواء الحبيبومية.
    - الوذمة مع وردية الوجه.
    - الداء النشواني الأولي.

## ٥- مضاعفات الوذمة اللمفية:

- التهاب النسيج الخلوى للوذمة.
  - داء الفيل البلدي الثؤلولي.
    - التقرح.
    - الغرن اللمفي- الوعالي.

# الجدول (٨) تصنيف الوذمة اللمفية

نونان، والصفرومات والأورام الوعائية والجلاد الليفي العصبي من النمط الأول، ومتلازمة كلاينفلتر، وغياب الأظفار الخلقي وتثلث الصبغي ٣١. ١٨.

وهناك ثلاثة أسباب رئيسة للوذمة اللمفية الأولية:

- (١)- هكل عائلي يتظاهر منذ الولادة أو في السنة الأولى
   من العمر ويطلق عليه اسم "وذمة ميلروي Milroy".
- (۲)- شکل أولي ميگر نمط (ميج Meige) يحدث من عمر سنة حتى عمر ۳۵ سنة.
  - (٣)- شكل أوثى متأخر يحدث بعد عمر ٣٥ سنة.

ب- الوذمة اللمفية الثانوية: تنجم عن تخرب مكتسب أو ارتشاح في الجهاز اللمفي، أما أسبابها فكثيرة منها: الخباثات والأخماج والسمنة والرضوض الجراحية وقصور القلب الاحتقاني وارتفاع الضغط البابي والمداخلات العلاجية المراحية وهجمات متكررة من التهاب الأوعية اللمفية. وهناك شكل ينجم عن داء الخيطيات filariasis وفي قصة المريض هنا سفر إلى المناطق الموبوءة. كما ذُكر حديثاً حدوثها بعد التداخل الجراحي على الدوالي.

الودمة اللمفية المقتعلة factitial lymphedema: تحدث بلف ضماد مطاطي أو حبل أو قميص حول الطرف. وتسمى الودمة المحدثة برض كليل على ظهر اليد "متلازمة سكريتان "Secretan".

من الصعب إثبات الوذمة المفتعلة ذاتياً، ولذلك يجب استبعاد الأسباب الأخرى للوذمة اللمضية. وتكون الوذمة اللمفية المفتعلة عادة وحيدة الجانب، وقد ترافقها فرفرية وهى بحاجة إلى طبيب نفسى لتدبيرها.

المضاعفات: رغم اختلاف العوامل المسبية للوذمة اللمفية وتنوعها تبقى الصورة السريرية متشابهة، فهي تبدأ بوذمة لا انطباعية مشرقية يصعب الشحكم بسيرها تؤدي إلى اضطرابات حركية، واغتذائية، ونفسية. لكن المضاعفة الخطرة لهذه الوذمة هي حدوث الغرن الوعائي angiosarcoma (متلازمة ستيوارت تريفز) الذي غالباً ما يحدث على الذراع بعد جراحة سرطان الثدي، وقد يظهر في أي مكان مصاب بالوذمة اللمفية، وإنذاره سيئ.

تسبب الودمة اللمفية المزمنة تشققات وخللاً في البشرة مما يسمح بعبور الجراثيم ونموها، فيؤدي إلى أخماج متكررة جرثومية وفطرية، وقد يحدث على ظاهرها سطح لويحي متثالل، وقد لوحظ تغير محتوى اللمف من البروتين في المنطقة المصابة بالودمة اللمفية المزمنة، كما لوحظ نقصان مستوى الغلوبولين 2 .alpha-2

الغلوبولين، وتنجم هذه التغيرات عن نقص العبور في النسيج اللمفي، الذي يؤدي إلى خلل الوقاية المناعية والضعالية المضادة للأورام، ويؤدي التقرح والشفاء المتكرران إلى تنبيه تكاثر الخلايا المقترنة (الكيراتينية).

#### المالجة

- المعالجة الفيزيائية: تهدف إلى تحسين الوذمة اللمفية بوساطة التمارين والتدليك، ويستعمل رياط ضاغط (٠٤مم زئبقي كحد أدني)، مع رفع الطرف.
  - معالجة السبب في الوذمة اللمفية الثانوية.
- ويعد استعمال الصادات الحيوية مثل البنسلين مدة طويلة ضرورياً في التهاب النسيج الخلوي المتكرر.
  - إنقاص الوزن في حالات البدانة المفرطة.
    - استخدام المطريات للم التشققات.
      - لا تفيد المدرات شيئاً.
      - ٣- داء الغيل elephantiasis:

هو تورم مزمن مشوه بسبب انسداد لمفي، يرافقه تليف النسيج الضام وتكاثره.

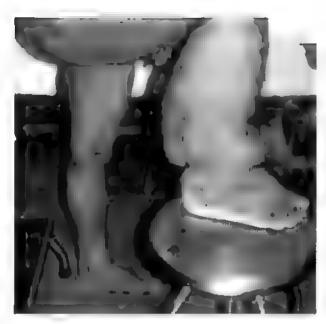
الأعراض السريرية؛ يصاب غالباً الطرفان السقليان اللذان يتضخمان. وتتردى الحالة الوظيفية فتقل القدرة على المشي، ويتغير لون الجلد إلى البني المتسخ في المراحل النهائية، ويرافق هذا الداء غرط تقرن ثؤلولي الشكل وتقرحات وأخماج.

#### الأمراض المبيبة للفيل:

أ- عام الغيل المداري elephantiasis tropical، أو دام الغيل بالخيطيات filarial elephantiasis تسببه الفُخرية البنكرفتية Wuchereria bancrofti والبروجية مالايا brugia malayi التي تصبب الأوعية اللمفية في الطرفين السفليين فتسبب التهابها ثم انسدادها بهما (الشكل 4). وقد يصاب أي مكان آخر من الجسم، تنتقل الخيطيات بلدغ أنواع متعددة من البعوض من شخص الآخر.

يصيب هذا المرض ملايين الأشخاص في المناطق المدارية ويؤدي إلى تشوهات شديدة ولاسيما في المنطقة التناسلية، وهو يحدث في الرجال أكثر من النساء.

بده الفيل بالفطر البرعمي الصيفي elephantiasis بده الفيل بالفطر البرعمي الصيفي chromoblastomycosis وهو أيضاً من أمراض المناطق المدارية، وهو خمج فطري مزمن يصيب الجلد وتحت الجلد تتيجة الاندخال الرضي بأنواع من الفطور (عادة Ponsecaea كالمناس والمناس والمناس والمناس والمناس والمناس والمناس والمناس والمناس والمناس المناس المناس



الشكل (٩) داء الفيل الداري

وله شكلان: المقيدي، واللويحي وتظهر في كليهما سطوح متآكلة تمتد تدريجياً إلى الجلد السليم، وقد ينتقل هذا الخمج بوساطة الدم والأوعية اللمفية إلى أماكن أخرى، وقد يحدث خمج ثانوي مسبباً وذمات متكررة.

ج- داء الفيل البلدي nostras elephantiasis: هو تورم لفي ثانوي ناجم عن الأمراض الأخرى المسببة للوذمة المفية الثانوية، وتشمل: التهاب النسيج الخلوي المتكرر والحمرة الناكسة المزمنة والخمج المتكرر بالحلأ البسيط في المكان نفسه والورام الحبيبي اللمفي الإربي، والتهاب الوريد الخثاري العميق.

المالجة: تعتمد على معالجة المرض المستبطن، ففي الحمرة الناكسة مثلاً يعطى البنسلين المديد عضلياً كل ٢-٤ أسابيع. مع معالجة بؤرة الدخول مثل الفطور بين الأفوات.

رابعاً- الاضطرابات الجلدية النزفية:

#### الفرفرية الجلدية purpura:

طفح جلدي ناجم عن نزف في الجلد أو الأغشية المخاطية. تتميز بلطخات بنية ومحمرة قطرها عدة ملمترات.

#### أنواع القرفرية:

١- الحُير petechiae: بقع نزفية مدورة سطحية، قطرها أقل من ٣ملم تحدث في مجموعات، وتدل غالباً على خلل الصفيحات أكثر من خلل اضطراب عوامل التخثر. كما أنها علامة لأمراض الأوعية الدموية مثل داء الحضر scurvy أو النشواني.

۲- الكدمات ecchymoses: وتبدو بلون مزرق أو مسود،
 تنجم عن نزف خلائی أشد وأعمق.

٣- الورم الدموي hematoma: ويمني تجمعاً للدم المتسرب في فراغ ضمن النسيج.

## أسباب الفرفرية:

### ١- اضطراب الصفيحات:

إما بكميتها، وإما باضطراب وظيفتها.

I-قلة الصفيحات: بسبب نقص الإنتاج، أو إنتاج صفيحات غير فعالة، أو زيادة تحطمها، أو اضطراب توزعها كما في ضخامة الطحال، أو تمدد الدم. لا ينحصر النزف في الجلد في هذه الحالة بل يظهر في الأغشية المخاطية متجلياً برعاف ونزف لثة، كما قد تصاب الأعضاء الباطنة فتظهر البيلة الدموية والتغوط الزفتي والنزف الرحمي والنزوف الشبكية وأعراض نزف دماغي وغيرها.

ب- قلة الصفيحات الوراثي (متلازمة ويسكوت الدريش): تتكون من ثالوث عرضي هو: قلة الصفيحات، وأكزيمة جلدية، وزيادة الأخماج. يكون العيب هنا بإنتاج صفيحات غير فعالة ونقص عددها. ويتظاهر المرض منذ الولادة.

ج- قلة الصفيحات المكتسب: وهو دوائي، أو بضفر دم لا مصنع.

٥- قلة الصفيحات الثوائي: بسبب تسارع التخريب.

 هـ فرفرية قلة الصغيحات الأساسية: بسبب وجود أضداد للصفيحات في المصل. وهذه الفرفرية واسعة الانتشار في اليفعان على تحو خاص.

و- فرفرية قلة الصفيحات الخشارية؛ تنجم عن نقص
 الصفيحات مع فقر دم انحلالي وأعراض عصبية، واضطراب
 كلوي، وحمى.

#### ٧- اضطراب التخشر:

ينجم عن عوز عوامل التخشر أو عيوب وظيفية فيها، ومثاله التخثر داخل الأوعية المنتشر، وهناك اضطرابات تخشر في بعض الأمراض الجهازية مثل أمراض الكبد، وقصور الكلية، ونظائر البروتين (بروتينات شاذة) في الدم، ونقص الثينامين K إما بسبب تناول الصادات المديد، وإما بسبب يرقان انسدادي، وإما تشمع كبد.

#### ٣- اضطرابات الأوعية:

بسبب وجود اضطراب أخل بسلامة الوعاء فازدادت نفوذيته بالرغم من سلامة الصفيحات وعوامل التخشر. ومثالها الفرفرية الانتصابية التي تحدث في المسابين بقصورات وريدية مزمنة في الساقين حيث يحدث تسرب

الكريات الحمر عبر جدران الأوعية بسبب ارتضاع الضغط. السكوني المائي.

ومن الفرفريات الحادة الناجمة عن اضطرابات الأوعية وقد سبقت الإشارة إليها في التهابات الأوعية الصغيرة فرفرية هينوخ - شونلاين وتعرف بالفرفرية التاقية أيضاً،
ومن الفرفريات المزمنة التي تصيب الجلد والناجمة عن
اضطرابات الأوعية الأنواع المجتمعة تحت اسم الجلاد
الفرفري الصباغي.

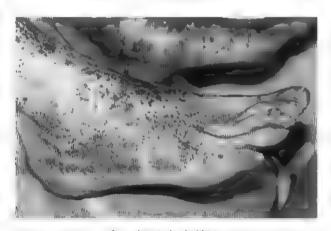
أ- فرفرية هينوخ - شونالين التهاب الأوعية الصغيرة (الفرفرية التأقية)؛ يحدث فيها التهاب الأوعية الصغيرة (الشرينية) بآئية أرجية تتوضع فيها المعقدات المناعية (الناجمة عن تفاعلات دوائية أو خمجية أو طعامية وغيرها) في بطانة الأوعية محدثة التفاعلات الأرجية النزفية - الفرفريات- في الجلد وخاصة في الأطراف، كما أنها تصيب المفاصل والأحشاء ويقية الأجهزة محدثة آلاماً بطنية ونزوفاً حضوية هضمية ويولية - كلوية - وجهازية أخرى، وتكثر إصابتها للأطفال، وتعالج بالستيروئيدات والصادات المناسبة.

به الجلاد الفرقري الصباعي: مجموعة من الأمراض المزمنة أغلبها مجهول السبب تصيب الطرفين السفليين على نحو خاص ولها مظهر سريري مميز جداً، وتتميز بانسلال الكريات الحمر إلى الجلد مع توضع الهيموسيدرين (الشكل١٠). يعتقد بعض المؤلفين أن الجلادات الصباغية الفرفرية هي تظاهرات سريرية مختلفة للرض واحد، وعلى أي حال فإن الاختلافات السريرية لا تؤثر في الإندار، كما أن المظهر النسيجي واحد. ويتضمن مصطلح الجلاد الصباغي الفرفري كلاً من داء شامبيرغ Schamberg (الجلاد الصباغي المترقى progressive pigmentary dermatosis )، ويتوضع غالباً على الطرفين السفليين (الشكل ١١)، والفرفرية الحلقية متوسعة الشعيرات purpura annularis telangiectodes (ماجوشي)، والحزاز الذهبي lichen aureus (الشكل ١٢)، والضرفرية الحاكة itching purpura وهي أكثر ائتشاراً، والجلاد الحزازاني الشرفري المسطبغ لكوجرو ويلوم pigmented purpuric lichenoid dermatosis of Gougerot and Blum

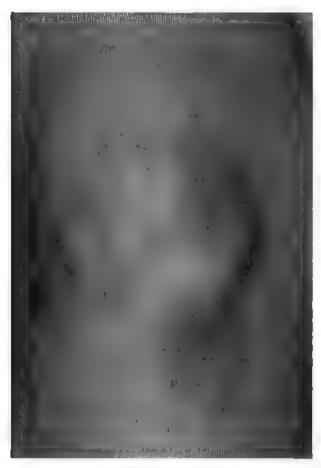
الآلية الإمراضية؛ غير معروفة، تتهم التمارين الرياضية



الشكل (١٠) التهاب الجلد المرفري الصباغي، وتبدو هيه ترسبات المحسدة في المحسدة المحسدة



الشكل (۱۱) داء شامبيرغ



الشكل (١٣) حزاز ذهبي

وارتضاع التوتر الوريدي والجاذبية الأرضية.

التشريح المرضي: تشاهد رشاحة من خلايا تانية تتركز حول الأوعية الجلدية الصغيرة التي تُظهر علامات انتفاخ الخلايا البطانية وتضيق اللمعة، ويلاحظ انسلال الكريات الحمر إلى الجلد مع توضع الهيموسدرين في البالعات.

صريرياً: العلامة المميزة للجلاد الصباغي الفرفري هي تلون مرقط مثل حبات الفلفل بلون برتقالي - بني، وتصاب الأطراف السفلية عادة في داء شامبيرغ، ثم تنتشر إلى الفخذين والبطن والطرفين العلويين.

تكون الفرفرية الحاكة أوسع انتشاراً، ويكون الأندفاع في الحزاز الذهبي آفة وحيدة تتوضع في منطقة ما من الجسم لكن أكثر توضعاتها شيوعاً على الطرفين السفليين، وقد

تأخذ شكلاً خطياً أو مربعاً بلون بني مذهب. كما يتميز جلاد ما جوشي بلويحات حلقية أو غرفرية مع توسع شعيرات تظهر على شكل بؤر ساعية يكون لونها في البدء أحمر داكناً لا يلبث أن يتحول إلى بني - محمضر بسبب تسرسب الهيموسيدرين.

المائجة: الجلادات الصباغية النزفية غير مؤذية عادة، لكنها تسبب معضلة جمالية، تستخدم مضادات الهيستامين لمائجة الحكة مع الكورتيزونات الموضعية. ويجب تصبحيح اضطرابات الأوردة باستخدام الأربطة الضاغطة، وقد تستعمل الكورتيزونات الجهازية، أما مقويات جدران الأوعية فلم تثبت فعاليتها.

تضم أمراض النسيج الضام كلاً من: النئية الحمامية بأنواعها الثلاثة المزمنة وتحت الحادة والمجموعية، والتهاب الجلد والعضل، وصلابة الجلد، وغيرها من الأمراض الأقل مصادفة.

# أولاً- النلبة الحمامية:

## ١- النثبة الحمامية الزمنة:

أ- النظية الحمامية القرمية التارات :erythematosus

تحدث النئبة الحماميية القرصية في الجنسين الذكور والإناث، وإصابة الإناث أكثر بنسبة ٢٠١، وتبدو بشكل لويحات جاسئة أو لطخات حمر، تتطور نحو الضمور والتندب واضطراب التصبغ. ولها شكلان موضع ومعمم.

 الشكل الموضع: أكثر ما يشاهد فوق مستوى العنق (الشكل ۱): الوجنتان والشفة السفلى والأذنان والفروة (تتطور إلى حاصة ندبية)، والحكة والإيلام عرضان شائعان فيه.

الشكل العمم: أقل شيوعاً، يصاب به الصدر والطرفان
 العلويان والرأس والرقبة، وقد تحدث حاصة كاملة مع
 اضطراب التصية.



الشكل (١) دئبة قرصية

نسجياً، إمحاء نمط القنازع البشروية وضمور البشرة وفرط تقرن مكتنز وسدادات قرنية جريبية، وتنكس الطبقة القاعدية ورشاحة التهابية لمفاوية حول الملحقات والأوعية.

التألق المناعي المباشرة إيجابي في ٧٥٪ من الحالات، ويبدي ترسياً حبيبياً مستمراً على طول الموصل البشروي الأدمي (الشكل ٢).

ب- النثية الحمامية الضخامية (الثؤلولية): أفات حطاطية عقيدية غير حاكة، وأكثر ما تشاهد على النراعين والأيدى.

ج- متلازمة النئبة الحمامية - الحزازية المسطحة المتراكبة: تبدو بآفات ويقع كبيرة ناقصة الصباغ، ضمورية حمر، يرافقها توسع شعيرات ووسوف، وأكثر المناطق التي تصاب بهذه المتلازمة هي الأوجه الباسطة للأطراف وخط منتصف الظهر، كما أن الإصابة الراحية الأخمصية وصفية، ولوحظ حدوث الحاصة الندبية في الرأس، كما أنها تصيب الفم.

نسجياً: للأفات المفردة مظاهر نسيجية مشابهة للمرضين معاً.

العلاج: الستيرونيدات الموضعية، الدابسون، الايزوتريتنوئين.

د- النظية الحمامية الشرثية، شكل مزمن يتميز بإصابة
 الأنامل وحواف الأذنين والربلتين والعقب خاصة عند النساء، غالباً ما تتقدمه إصابة ذئبة قرصية على الوجه ويجب البحث عن الغلوبولينات القرية وأضداد الفوسفوليبيد.

ه- النلبة الحمامية المنتبجة (الوذمية): نويحات حمامية



الشكل (٢) الومضان المناعي المباشر في الدئبة القرصية

وذمية غالباً ما تتوضع على الجذع. تستجيب للمعالجة بمضادات البرداء.

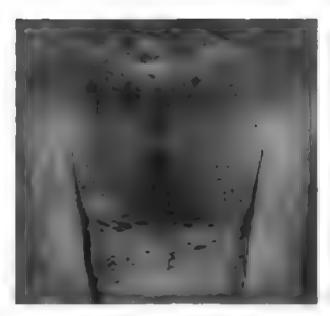
و- التهاب السبلة الشحمية التنابي: يتصف هذا الالتهاب بحدوث عقيدات تحت الجلد، قاسية، غير مُمضَة، تصيب الأجزاء الدانية من الأطراف، كما أن الجلد المغطي لتلك العقيدات سليم لكن قد توجد عليه أفات قرصية أو وذمية، قد تشفى تاركة الخفاضات عميقة، يعد هذا الالتهاب مرضاً مزمناً، وأكثر شيوعاً عند النساء بين ٢٠-٤٩ سنة.

# ٧- النثية الحمامية الجلدية تحت الحادة:

غالباً ما تصيب النساء البيض بعمر ١٥-١٠ سنة. وتتظاهر بحطاطات حلقية متعددة أو لويحات حمر، وقد يشاهد توسع شعيرات واضطراب تصبغ (الشكل ٣). تميل أفات هذه النئبة لتكون عابرة أو هاجرة، وغالباً ما تتوضع على المناطق المرضة للشمس. وتتصبف بعدم إحداثها تندباً، وتشاهد الحساسية الضوئية في نصف المرضى، وقد ترافقها آلام مفصلية والتهاب مقاصل. أضداد النوى (ANA) إيجابية في ٨٠٪ من الحالات، وأضداد Ao/SSA إيجابية في معظم الحالات، كما أن HLA-DR3 إيجابية في معظم الحالات، لهما

العلاج: مضادات البرداء والحماية الضوئية.

أ- النثلبة الحمامية في الوليد؛ غالباً ما تصيب الإناث، تحدث في الأسابيع الأولى من الحياة، وتتظاهر ببقع ولويحات حمامية حلقية على الرأس والأطراف، تتلاشى مع الوقت وتصبح ضمورية، يشفى المرض تلقائياً بعمر ستة أشهر، وقد يكون لدى نصف المرضى حصار قلبي خلقي



الشكل (٣) الذئبة الحمامية تحت الحادة

معزول، تكون الأضداد النزائية Ro/SSA إيجابية عند كل المرضى.

ب- متلازمة عوز المتممة: أكثر حالات العوز وصفية هي
 C2-C4. وتتظاهر بآفات حلقية مع حساسية ضوئية وإيجابية الأضداد Ro/SSA.

يشاهد عادة فرطً تقرن في الراحتين والأخمصين لدى المرضى المصابين بعوز C4.

### r- النابة الحمامية الجموعية systemic:

تصيب النساء الشابات غالباً. وتكون الموجودات الجلدية نموذجية إلا أنها تحدث في ٨٠٪ من الحالات، ويفضل المرض التوضع على الوجه بشكل حمامي متناظرة تشبه الفراشة، وعلى مناطق الصدر، وتشخص النئية الحمامية بوجود أربعة معايير من معابير الجمعية الأمريكية الأمراض الروماتيزم الخاصة بتشخيص النئبة المجموعية، وهي:

- الطفح على الوجئتين.
  - الإصابة القرصية.
  - الحساسية الضوئية.
    - القرحات الفموية.
      - التهاب المفاصل.
- البيلة البروتينية > ٠,٥ غ/اليوم أو الأسطوانات.
  - الاضطرابات العصبية.
  - التهاب الجنب / التهاب التأمور.
    - الشذوذات الدموية.
- الاضطرابات المناعية مثل: أضداد DNA ثنائي الطاق و anti-Sm وأضداد الفوسفولبيد، (خلايا LE).
  - اختبار ANA (أضداد مضادة للنوى) إيجابي.

التعريف: يمكن القول إن مريضاً ما لديه ذاب حمامي مجموعي إذا حقق أربعة معايير أو أكثر من المايير السابقة.

التظاهرات الجلدية: الاندفاع النموذجي هو طفح الفراشة، يبدأ على منطقة الوجئتين، ويستمر من يوم إلى عدة أسابيع، ويشفى من دون تندب. وقد يشاهد طفح ظاهري حصبوي الشكل شبيه بالوردية متوضع على الجذع.

تظاهرات الغشاء الخاطئ الفموي: تشاهد حمامى وذمية حمراء مزرقة، وتأكلات وتقرحات تتوضع في الغالب على الحنك العظمي والمخاطية الفموية، إضافة إلى نزوف الغشاء المخاطئ الفموي، كما يشاهد التهاب الشفتين النضحى.

تحدث الأفات الوعائية في ٥٠٪ من الحالات، على شكل وذمة وحمامى وتوسع شعيرات على رؤوس الأصابح، وتبدو العرى الشعرية في طية الظفر عرى مكبية مبعشرة، ومن

الشائع وجود الحاصة المنتشرة غير الندبية.

متلازمة سنيدون: تتألف من اجتماع التزرق الشبكي مع هجمات إقفارية مرتبطة بتنكس وعائى هياليني.

الومضان المناعي المياشرة يتبين أن هناك ترسباً حبيبياً أو خطياً لـ C3 أو IgG ، IgM ، IgA أو خطياً لـ C3 أو IgG ، IgM ، IgA أو التظاهرات المجموعية، تصاب معظم الأعضاء، وتنجم الإصابات غائباً عن المعقدات المناعية، وغائباً ما تكون الألام المصلية أعراض البدء لهذه الذئبة المجموعية.

الإسراض، يدل وجود القصة العائلية للمرض المناعي الداتي على عامل خطورة عال، وتشير دراسات HLA والروابط الجينية إلى وجود مركب وراثي قوي. يزيد التدخين من فوعة المرض.

الموجودات المخبرية: فقر دم انحلالي ونقص الصفيحات ونقص اللمفاويات ونقص البيض وارتضاع سرعة التثفل. ويشاهد بفحص البول: وجود الألبومين والكريات الحمر والأسطوانات.

### الموجودات المناعية،

- أضداد النوى ANA: إيجابية في ٩٥٪ من الحالات.
- خلية النثية الحمامية: نوعية للذأب لكنها قليلة
   لحساسية.
- أضداد DNA شنائي الطاق: نوعية لكنها قليلة
   الحساسية، وتشير إلى خطر حدوث الإصابة الكلوية.
- أضداد La: شائعة في النئية تحت الحادة ومتلازمة جوغرن.
- أضداد Ro: توجد في نحو ٩٥٪ من حالات النائبة في الوليد، و٥٠-٧٥٪ من حالات النائبة الحمامية مع عوز C2-C4
- المتممة: تشير المستويات المتخفضة للمتممة إلى فعالية المرض وغالباً مع إصابة كلوية.
- اختبار الشريط النائبي: بالومضان المناعي المباشر؛ إيجابي بنسبة ٧٥٪ في أفات النائبة القريصية، أما في النائبة المجموعية فيكون إيجابياً في الجلد المعرض للشمس. لكن إيجابية الاختبار في الجلد الطبيعي غير المعرض للشمس يتطابق مع وجود أضداد DNA ثنائي الطاق والمرض الكلوي.
- أضداد الفوسفوليبيد: ترافقها متلازمة تشمل خثارات وريدية وخثارات شريانية وإجهاضات تلقائية ونقص صفيحات وتزرق شبكي.

• اضداد DNA أحادي الطاق؛ حساس لكنه غير توعى،

anti-RNP: توجد مستويات عالية جداً في مرض
 النسيج الضام المختلط.

#### المالجة

واق شمسي ذو عامل حماية مرتضع، وتجنب التعرض للبرودة الزائدة والحرارة والرضوح الموضعية. وقد يثير أخذ الخزعات هجمات المرض.

- العالجة الموضعية: الستيروئيدات القوية والقوية جداً،
   ويمكن زيادة فعاليتها بتطبيقها تحت ضماد كتيم. ويعد حقن الستيروئيدات ضمن الأفة المالجة الموضعية الأكثر فعالمة.
- المالجة الجهازية: مضادات البرداء، وتفيد هذه المعالجة خاصة المرضى المتحسسين بشدة للضوء والريتينوليدات الجهازية. وتستطب المعالحات الكابشة للمناعة لتدبير التظاهرات الجهازية. والدابسون هو الخيار الأفضل لمعالجة الذئبة الفقاعية، يوصف البريدنيزون الفموي عادة لسورات الدف الحادة.

# ثانياً- التهاب الجلد والعضل dermatomyositis:

مرض نادر (٥ حالات/ مليون نسمة). يتميز بالتهاب العضلات مع أعراض جلدية وقد يحدث من دونها، وتدعى الإصابة العضلية من دون تغيرات جلدية: التهاب العضلات (إيتون).

الموجودات الجلدية: تكون التغيرات الجلدية بادثة في ٧٠٪



الشكل (٤) الحمامي البنفسجية في التهاب الجلد والعضل

من الحالات حتى لو كانت الإصابة العضلية غائبة أو تحت سريرية. وتضضل الأفة إصابة الوجه على نحو متناظر ولاسيما الأجضان العلوية والمناطق المحيطة بالعيشين والخذين، والمرفقين والركبتين ويراجم الأصابع وطية الظفر وسريره (الشكلة).

الحمامي الضولية: تتوضع على المناطق المكشوفة بلون وردي بنفسجي، يرافقها توسع شعيرات خاصة على سطح المفاصل السلامية والسلامية المشطية (علامة غوترون (Gotron) وحول الأظفار، وتلاحظ أيضاً على المرفقين والركبتين وفروة الرأس.

الوذمة: يمكن أن ترافقها الحمامي وتؤدي إلى زوال الطية الجفنية، أما الجفنان فممضاًن باللمس.

الفقاعات؛ تظهر أحياناً، وتشير إلى سوء الإندار،

فرما التقرن: يلاحظ في الأشكال المزمنة، ويتوضع على اليدين والأذنين.

تبكل الجلف: يلاحظ في الأشكال المرافقة لحساسية ضبائية.

التكلسات: تشاهد في الحالات المتقدمة حيث تحدث ترسبات الكالسيوم في الجلد والعضل على شكل عقيدات أو لويحات جاسئة تحت الجلد، ولاسيما حول المفاصل.

التغيرات العضلية، ضعف عضلي شديد متناظر، مع ألم وتورم حاد وتعب متزايد، يصيب الحزام الكتفي أولاً على نحو يتعذر معه رفع اليد فوق المستوى الأفقي، والصعوبة في رفع أخف الأشياء وعدم القدرة على تمشيط الشعر، وقد يصاب الحزام الحوضي أيضاً مؤدياً إلى صعوبة النهوض من الكرسي من دون استعمال اليدين. وقد يؤدي إلى ألم في الساقين من دون استعمال اليدين. وقد يؤدي إلى ألم في الساقين المري وعضلات التنفس خطرة وتقود إلى صعوبة البلع والكلام والتنفس، وقد يحدث قصور القلب في المراحل النهائية. قد يكون لدى بعض المرضى موجودات جلدية وصفية من دون إصابة عضلية واضحة سريرياً (التهاب الجلد والعضل من دون إصابة عضلية واضحة سريرياً (التهاب الجلد والعضل عن دون إصابة عضلية واضحة سريرياً (التهاب الجلد والعضل عن دون إصابة عضلية واضحة سريرياً (التهاب الجلد والعضل عن دون اعتلال عضلي). ومن الشائع حدوث التهاب العضلات على نحو لاعرضي، وقد يكون من الضروري معايرة العضالات العضلات والمرئان لتحري

## المايير التشخيصية،

- الأفات الجلدية.
- الوذمة البنفسجية.
  - علامة غوترون،

- ضعف عضلی دانی.
- ارتفاع الكرياتينين كيناز أو الأندولاز.
- الألم العضلي حين القبض أو الألم التلقائي.
  - تعيرات تخطيط العضلات.
- إيجابية أضداد (histadyl tRNA synthetase)
  - التهاب مفاصل وألم مفصلي.
- CRP علامات التهاب جهازية (حمى > ٣٧ إبطية وارتفاع CRP في المصل، ESR أكثر من ٣٠ ملم/ الساعة).
  - موجودات نسجية توافق التهاب العضلات.

يعد المرضى الذين لديهم العيار الأول إضافة إلى أربعة معايير من المعايير الأخرى مصابين بالتهاب الجلد والعضل، أما المرضى الذين ليس لديهم المعيار الأول ولديهم لا معايير أخرى على الأقل فيعدون مصابين بالتهاب العضلات.

## التنشؤات الرافقة:

تسبق التشخيص أو تواكبه أو تظهر بعده، وغالباً ما يتحسن المرض بعد استنصال الورم. تشاهد سرطانة في السبيل الهضمي أو الرئة أو الثدي أو الأعضاء التناسلية الأنثوية، وتترافق حمى T الموجهة للمفاويات البشروية نمط المم (ATL) في سببيات الإمراض.

#### الحدوث

عند الإناث ضعف النكور. وعند السود تبلغ الإصابة ٤ أمثال البيض، وهناك ذروة ثنائية الطور: صغيرة عنك الأطفال وكبيرة عند ذوي الأعمار ما بين ٤٠- ٦٥ سنة.

#### مخبريان

يرتضع مستوى CK المصلي والألدولان وLDH، وناقلات الأمين. ANA إيجابية لدى ٢٠-٥٠٪ من المرضى، الومضان المناعى المباشر إيجابي في ثلث الحالات.

#### العلاج

البريدنيزون املغ/كغ/اليوم، ويستعمل الميثوتريكسات والأزاثيوبرين بوصفها عوامل مخفضة لجرعة الستيروئيدات، ويتميز ميكوفينولات موفتيل بأنه أمن ويعد عاملاً بديلاً. وإذا ثم يستجب المرضى ثتلك المعالجات تعطى الغلوبولينات الوريدية، سيكلوسبورين، تاكروليموس، انفليكسيماب،

# كالثاً- معاذبة الجلد scleroderma:

هي آفة مزمنة مجهولة السبب، تبدأ بأعراض التهابية يتلوها التصلب، وتظهر على مناطق محددة أو منتشرة بشكل بقع قاسية ملس عاجية اللون، لها مظهر الجلد الشدود، ولها شكلان: موضع ومجموعي، يمكن تصنيف الإصابة

الجلدية الموضعة إلى قشيطة morphea (موضعة، معممة، ضمورية، عميقة، شاملة) أو صلابة خطية. أما الصلابة الجلدية المجموعية فتقسم إلى نمطين: المترقية، ومتلازمة كريست CREST.

## ١- الصلابات الجلدية الموضعة:

أ- الثّشيعة الموضعة: تبلغ نسبة إصابة النساء للرجال ٢٠١، وتبدو بشكل بقع أو لويحات بقطر بضعة سنتمترات. تبدو الأفة الأولية ببقع زهرية تتلوها آفات ملس قاسية منخفضة، بيض، أكثر شيوعاً على الجذع. تحاط حواف الأفة بمنطقة أرجوانية أو توسع شعيرات، ويفقد الجلد مرونته ضمن البقعة المصابة.

ب- القشيعة المعممة: تتظاهر بإصابة واسعة بلويحات مرتشحة مع تغيرات صباغية، وقد يفقد المرضى تجاعيدهم نثيجة لصلابة الجلد وتقلصه، وقد تقود هذه القشيعة إلى تحدد الحركة والتنفس ولاسيما تحدد حركة الأطراف، لذا ينصح بمراقبة هؤلاء المرضى لأن انتقال إصابتهم إلى تصلب الجلد المجموعي المترقى ممكن الحدوث.

ج- شمور الجلد له باسيتي - بيريني Pasini - Perini و غير Pasini - Perini ويتظاهر بأفات بنية رمادية بيضوية أو غير منتظمة، ملساء ضمورية منخفضة، ذات حدود واضحة، تتوضع على الجنع لدى اليافعات، تتصف افات هذا الضمور بأنها غير عرضية وقد يقيس قطرها > ٢٠ سم.

 د- القشيعة التصليبة الشاملة: وتتظاهر بصلابة الأدمة والسبلة الشحمية والصفاق والعضلات والعظام أحياتاً،
 وتحدد حركة المفاصل لدرجة تصل إلى حد العجز.

ه- القشيعة العميقة؛ وتتضمن النسج العميقة تحت الجلد، وهناك تراكب سريري مع التهاب الصفاق باليوزينيات ومتلازمة الزيت السام الإسباني (وهو زيت مغشوش وسام يحوي نسباً عالية من التريتوفان، واكتشف في إسبانيا عام 14٨١ وكثيراً ما أدى تناوله إلى إحداث صلابات جلدية ، تبدي معالجة هذه القشيعة استجابة قليلة للستيرونيدات وتميل إلى السير المزمن الموهن.

و-الصلابة الجلدية الخطية، تمتد على طول الساعد أو الساق، وقد تتبع خطوط بالاشكو، وقد تتوضع في أثناء امتدادها فوق المفاصل كشريط متصلب قاسر يسبب تحدد الحركة. تبدأ خلال العقد الأول من الحياة، وقد يتوضع هذا الشكل في المنطقة الجبهية بشكل ضربة السيف، وقد تكون متلازمة Parry-Romberg أحد أشكالها، وقد تكون إصابة الطرف السفلي مرافقة للشوك المشقوق، وسوء تطور الطرف،

وضمور شقي أو نقفعات عاطفة. ويفيد العلاج الضيزيائي في منع الثقفعات.

#### ٧- الصلابات الجموعية:

1- متلازمة كريست CREST: إندارها افضل: لأن الإصابة المجموعية فيها محدودة عادة. ويحدث في هذه المتلازمة كلاس جلدي وظاهرة رينو وعسرة حركية المري وصلابة الأصابع وتوسع الشعيرات، أضداد القسيم المركزي -anti الأصابع وتوسع الشعيرات، أضداد القسيم المركزي -4ri من الحالات.

ب- الصلابة المجموعية المترقية: تعد اضطراباً معمماً في النسيج الضام، تزداد فيه ثخانة حزم الكولاجين، مع حدوث تليف وشدودات وعائية في الأعضاء الداخلية، وتعد ظاهرة رينو التظاهرة الأولى لهذه الصلابة في أكثر من نصبف الحالات. ويصاب القلب والرئتان والسبيل الهضمي والكليتان وأعضاء أخرى بشكل شائع، وتصاب النساء أكثر من الرجال بثلاث مرات، وذروة الحدوث بين ٢٠-٥٠ سنة، تتضمن المعايير النافية أو اثنين من المعايير التالية أو

• صلابة الأصابع.

جميعها:

- ندب احتفارية للأصابع أو ضياع مادي في الوسادة القاصية للإصبع.
  - تلیف رئوی قاعدی ثنائی الجانب.

هذه المعايير حساسة بتسية ٩٧٪ وتوعية بنسبة ٩٨٪ التشخيص.

# سريريأه

تتظاهر هذه الصلابة بأفات متوذمة وحمامية. وكثيراً ما يشخص المرض خطأ على أنه متلازمة نفق الرسغ، حتى إنه قد تلاحظ علامات إيجابية بتخطيط العضلات، أما ظاهرة رينو فموجودة غالباً، وتساعد على وضع التشخيص الصحيح. تتظاهر الصلابة الصريحة مع مرور الوقت إذ يصبح الجلد ناعماً مصفراً وقاسياً ومتقلصاً، وتصبح البنى تحت الجلد خاسئة نحو العمق. ويصبح الوجه في المراحل الأكثر تقدماً خالياً من التعبير، ويضيق الفم وتاخذ اليدان شكل المخلب، وتحدث أخاديد شعاعية حول الفم، كما يصبح الأنف حاداً ومستدفاً (الشكل ه). وقد وصفت علامة الرقبة وعي صلابة وشد في المرقية حين بسطها في ٩٠٪ من المرضى، ووصفت كذلك علامة وسادة الإصبع المستديرة (تفقد ووصفت كذلك علامة وسادة الإصبع المستديرة (تفقد الإصبع المحيط الطبيعي المدب). وقد تحدث تقرحات اغتذائية وموات في رؤوس الأصابح والبراجم، وقد تكون مؤلمة



الشكل (٥) صلابة جلد مجموعية

أو فاقدة للحس، يلاحظ توسع عرى شعيرات طية الظفر لدى ٧٥٪ من المسابين، ويعد نزف شعيرات طية الظفر في إصبعين أو أكثر ذا نوعية عالية لصلابة الجلد، وترافقه أضداد القسيم المركزي.

وقد تشاهد عقيدات شبيهة بالجدرات، أو يحدث كلاس جلدي منتشر، أو تقود الإصابة الواسعة للصدر إلى إعاقة تنفسية وكأن الريض يلبس درعاً.

وقد تحدث مع تقدم المرض بقع مفرطة التصبغ أو عديمة التصبغ أو السمرار جلد معمم، وتصبح المناطق المصابة خالية من الأشعار وضامرة، ويرافقها غالباً توسع شعيرات دموية، وقد تحدث فقاعات وتقرحات والاسيما على المناطق القاصية من الأطراف.

## إصابة الأعضاء الداخلية:

قد تصاب معظم الأعضاء الداخلية، وأكثرها عرضة للإصابة المري الذي يصاب عند أكثر من الرضي، والإصابة المري الذي يصاب عند أكثر من الامتصاص وقد تقود لا حركية الأمعاء إلى الإمساك وسوء الامتصاص أو الإسهال. ويعد فرط التوتر الرثوي وقصور القلب الأيمن علامات سوء إندار. كما قد يحدث التهاب التامور وارتضاع التوتر الشرياني واعتلال الشبكية. أما التظاهرات الهيكلية

فتتضمن الألم المُفصلي والتورم والالتهاب. وقد تصاب النُبيبات الكلوية وتحدث الكلية الضامرة.

# مخبرياً:

تلاحظ الأضداد المضادة للنوى ANA في أكثر من ٩٠٪ من المرضى، ويميل المرضى إيجابيو الأضداد 5cl-70 إلى إصابة كلوية أقل. إصابة حذعية منتشرة: تليف رئوي، وإصابة كلوية أقل. وتلاحظ أضداد بروتين نووي ريبي RNP عند مرضى ظاهرة رينو وفي التهاب المفاصل وتورم اليدين. ويشاهد ارتفاع شديد في عيار أضداد RNP في داء النسيج الضام المختلط. كما أن أضداد Anti-ds DNA شائعة في الصلابة الجلدية الخطية.

#### العلاج

يتحسن المرض تلقائياً في بعض الأطفال وفي بعض حالات الصلابة الموضعة، ويستطب العلاج الفيزيائي لكل المفاصل وللفم، كما يجب تجنب التعرض للبرد والاستناع المطلق عن التدخين. إن الأدوية الموسعة للأوعية هي أساس علاج ظاهرة رينو، لذا فإنه يفيد كل من السيلدينافيل و aloprost. ويعد النيفيديبين ٣٠-٣٠ ملغ/يوم خط العلاج الأول، ثم الديلتيازيم ٢٠١-١٨٠ ملغ/اليوم، وقد يفيد النيتروغليسيرين الموضعي وتدفئة اليدين اليسيطة بانتظام، والسيكلوفوسفاميد والميتوتريكسات أو السيكلوفوسفاميد مع المردندون.

وأفاد العلاج الضوئي والضوئي الكيميائي خاصة بالـ UVAl في القشيعة المنتشرة بالكالسيبوتريين.

وقد أحدث التبخير بالليزر <sub>و</sub>CO هدأة لأعراض الكلاس في متلازمة كريست، كما أن المينوسيكلين قد يكون فعالاً في الكلاس.

# رابعاً- اعتلالات النسيج الضام في الأدمة:

## ۱- متاكزمات إهلير- دانلوس Ehlers - Danios:

تضم متلازمات إهلير- دانلوس مجموعة من اضطرابات النسيج الضام المتميزة وراثياً، والمتصفة بقابلية الجلد الزائدة للتمدد وهشاشته مع قابلية انبساط زائدة في المفاصل إضافة إلى سهولة تشكل الندبات وتشكل أورام كاذبة متكلسة أو ليفية. وتعد الندبات الضمورية العريضة على شكل فم السمكة والتندب الضموري في نهايات الأصابع علامات نموذجية. ويلاحظ نقص ثخانة الأدمة خاصة في الصدر ونهاية الطرف السفلي.

ويلخص الجدول (رقم) الأعراض السريرية وتمط الوراثة والشذوذ الجزيئي للأنماط المختلفة وذلك بحسب

سريرياً	الشنوذ الجزيئي	الوراثة	الجين	التمط
رخاوة مفصلية، فرط تمدد الجلد	الكولاجين ٥	جسدية سائدة	COL5A1-2	1
الأول نفسه لكن أخف	نفسه	السابقة نفسها	السابقة نمسها	*
غرط حراك	غير معروف	تفسها	TNXB	٣
جلد رقيق، كدمات، تمزق الأوعية	طليعة كولاجين ٣	نفسها أو صاغرة	COL3A1	ŧ
فرط تمدد الجلد؛ سهولة التكدم	عيب ليزيل أوكسيداز	جنسي/ مناغر		٠
عيوب عينية شديدة وجنف	عوز ٹیزین میدروکسیلاز	جسدية صاغرة	LHI- PLOD	7
رخاوة مفاصل، تحت خلوع، تمدد جلد معتدل	विश्वकार विश्वकार ।	جسدية سائدة	COLIA1-2	B V + A V
فضفضة الجلد، قابلية تمدد شديدة، جلد متهدل	عوز كولاجين بيبتيداز	جسدية صاغرة		CV
النمط نفسه ١و٢ ÷ التهاب حول السن	غير معروف	جسدية سائدة	متعددة	۸
سحنة شاذة، شذوذات هيكلية متضمنة قروناً قفوية وإسهالاً مزمناً وشذوذات بولية تناسلية	ليزيل أوكسيداز	مرتبطة بالجئس	ATP7A	4
كدمات، متلازمة فرط حراك مفاصل عائلية	فيبرونيكٽي <i>ن</i>	جسدية صاغرة		١-
	نجدول (١)	11		*

التصنيف القديم للتلازمات إهلير - دانلوس:

يكون الجلد في الأنماط 1. ٣ ° ، ٧. ٨ مفرط التمدد، مخملي النظهر، ويصبح ملمس الجلد شبيها بملمس جلد شاموا رطب. أما التكلسات تحت الجلدية فهي عقيدات بيصوية قطرها من ٢ إلى ٨ مم، تتوضع على الساق. ويشاهد مطان من العقيدات:

 أ- الأورام الكاذبة المسافية: طرية تحمية، على المناطق المعرضة للرضوح.

ب- الكروية: تحت جلدية قاسية تصبح متكلسة. وتسبب الرضوح ندبات رقيقة كورقة (السيجارة). علماً أن نصف الرضوح ندبات رقيقة كورقة (السيجارة). علامة (علامة Gorlin).

يلخص التمشيف الحديث الأنماط بحسب ما تتضمنه

من الأعراض والعلامات والطفرات الوراثية بالجدول (رقم٢) بحسب التصنيف الحديث لتلازمات إهلير - دانلوس:

العلاج: تجنب الرضوح.

# ٣- تهدل الجلد cutis laxa (الجلد الرخو) (الحلال النسيج المرن العمم):

يشمل تهدل الجلد مجموعة متفايرة من اضطرابات النسيج الضام الولادية المعممة، وتتميز بزيادة الجلد أو بجلد رخو، ويتظاهر تهدل الجلد بحلد مترهل غير مرن يمكن سحبه بعيداً عن الأنسجة العميقة ليعود ببطء وارتخاء إلى وضعه الأصلي، ويتدلى الجلد برخاوة بسبب وزنه ولا سيما حول الأجفان والخدين والرقبة (سحتة الكلب السلوقي) ويصاب عادة الجلد كله، كما تشاهد على البطن طيات عريضة متدلية (الشكل ٢).

- ١. يضم النمطين ١ و٢ القديمين.
- ٢. نمط فرط الحركية (التمط ٣ قديماً).
- ٣. النمط الوعائي (شرياني- كدمي- النمط ٤ القديم).
- النمط الحديي الجنفي (عيني جنفي النمط ٣ القديم).
- ه. نمط رخاوة المفاصل (رخاوة مفاصل متعددة خلقية- النمط A V القديم).
  - 1. نمط فضفضة الجلد dermatosparaxis (النمط القديم C V)
- ٧. أشكال متفرقة (المرتبطاب X النمط القديم ٥ التهاب حول الأسنان النمط ٨ عوز الفيبرونيكتين النمط ١٠ والنمط ١١ والنمط الشيخوخية تنجم عن عوز ترانسفيراز الغالاكتوز.

# الجدول (٢)

الوراثة جسدية سائدة أو صاغرة. والشكل السائد إنذاره جيد، لكن الشكل الصاغر أكثر شيوعاً، وترافقه إصابات داخلية واضحة مثل الفتوق والرتوج المعوية والنفاخ الرئوي والقلب الرثوي وأم الدم الأبهرية والنخور السنية واليوافيخ العريضة وتخلخل العظام.

يعرف الأن الشكل الصاغر المرتبط بالصبغي X بمتلازمة القرن القفوي، وثبت شيه وجود نقص في خميرة ليزيل أوكسيداز في الجلد، وسببه طفرة في ATPase الناقلة للشوارد



الشكل (٦) تهدل الجلد

الرابطة للنحاس أو في ATP7A، وهو أليل الأضطراب أخر مرتبط بالصبغي X ومشاهد في متلازمة Menkes. كما تترافق الحالات غير العائلية مع شرى وذئبة حمامية وخلل تنسج البلازماويات وداء نشواني مجموعي.

## rpseudoxanthoma elasticum الصنفروم الكاذب المرن -٣-

اضطراب جهازي وراثي يمبيب نسيج الجلد الضام المرن والمين والجهاز الوعائي القلبي، ويتظاهر بحطاطات صغيرة صفر على جوانب العنق والثنيات، لها مظهر (جلد الدجاج المنتوف). وقد تكون طيات الجلد رخوة متهدلة مرافقة الأخاديد في الذقن وفي الطيات الأنفية الشفوية التي تبدو أكثر وضوحاً.

وتحدث فيه تغيرات شبكية في العين مميزة، تتظاهر بخطوط وعائية ( ٨٨٪ من المرضى). وتشاهد حزمة بنية صفراء حول القرص البصري تمتد منها خطوط متلألثة، كما تشاهد نزوف ونتحات، ويبدأ فقد البصر التدريجي بعد رضح خفيف على العين. وتؤدي الإصابة الوعائية إلى النزوف. ويصاب النسيج المرن لدسامات القلب والعضلة القلبية والتامور أيضاً. إضافة إلى حدوث ارتفاع التوتر الشرياني بعد عمر ٣٠ سنة. وقد يحدث باكراً المعص العضلي في الساق والعرج المتقطع، ويغيب النبض المحيطي أو ينقص ويشاهد تكلس الشرايان الإكليلي. سبب المرض طفرات على الجين يحدث داء الشريان الإكليلي. سبب المرض طفرات على الجين يحدث داء الشريان الإكليلي. سبب المرض طفرات على الجين

نسجياً، تكون الألباف المُرنة مجزأة ومتضرجة بالكالسيوم، وتتلون بالهيماتوكسيلين- إيوزين بالأزرق الرمادي.

خامساً- أمراض النسيج الشحمي تحت الجلد:

١- التهاب الهلل (ترهل الجلد):

الهلل ويعرف بالفرنسية cellulite وليس له مصطلح علمي مقابل متداول في اللغة الإنكليزية، وإن مصطلح cellulitis

المستعمل في الإنكليزية يُعنى به خمج جرثومي حاد وعميق يصيب الأدمة والنسيج الشحمي محاكياً للحُمرة erysipelas . (الشكل ٧)، والتهاب الهلل تبدل أو ترهل في بنية (طبغرافية) الجلد، يحدث عند النساء في منطقة الحوض والبطن والأطراف، ويتميز بمظهر قشر البرتقال، تؤدي العوامل الهرمونية دوراً مؤهباً أو مسيئاً، وقد يكون العامل الوراثي أساسياً فيه، يسهم في زيادة الهلل نمط الحياة الخامل، والبدانة والعوامل التي تعوق العود الوريدي آلياً (كالملابس الضيقة والحمل).

العلاج: إنقاص الوزن، والتمارين الرياضية وعدم استعمال موانع الحمل الهرمونية، والمالجة الفيزيائية.

٢- الأضطرابات الالتهابية للنسيج الشحمي تحت الجلد؛
 أ- الحمامي العقدة: erythema nodosum: تمثل الحمامي العقدة النمط النموذجي لالتهاب السبلة الشحمية الحاجزي.

سريرياً: تتظاهر بعقيدات حمامية مؤلة على الوجه الأمامي للساق. البداية مفاجئة، والنساء أكثر إصابة، بين عمر ١٥-٤ سنة. تتصف الأفات بأنها مجسوسة أكثر منها مرئية، ثنائية الجانب ومتناظرة غالباً، وبعد عدة أيام تصبح كدمية اللون، وهي لا تتقرح أبداً ولا تتندب ولا تسبب ضموراً، يستمر سير الحمامي العقدة من ٣-١ أسابيع، وقد ترافقها أعراض عامة. يعتقد أنها تفاعل فرط تحسس، تطلق زناده المستضدات بالمشاركة مع الأخماج.

العلاج: يقوم على الراحة، ووصف المسكنات مع إعطاء



الشكل (٧) التهاب الهلل بالعنقوديات المدهية

يوديد البوتاسيوم potassium iodide بشكل محلول مشبع اغ/مل يعطى بداية ٥ نقط ٣ مرات/يوم، تزاد نقطة كل مرة حتى تصل الجرعة إلى ٣٠-٤٠ نقطة ٣ مرات/يوم، كما تفيد الضمادات الرطبة. ويمكن استعمال مضادات الالتهاب اللاستيروئيدية، وهناك بعض الحالات التي قد تشفى تلقائياً.

ب- التهاب السبلة الشحمية الإلزيمي (المعتكلي)؛
الأعراض العامة شائعة في التهاب السبلة الشحمية
المفاصل المعتكلي (البنكرياسي)، وتتجلى بالتهاب
المفاصل وانصباب الجنب والحبن. إضافة إلى العقد
الحمامية تحت الجلد على الأجزاء القاصية من الأطراف.
وقد تكون العقيدة وحيدة تشفى من دون تقرح، لكنها قد
تتطور عادة نحو خراجات نخرية عقيمة، قد تتقرح تلقائيا
وتطرح مادة زيتية بنية سميكة. وقد وصفت المتلازمة في
التهاب المعتكلة (البنكرياس) بعد الرضح، وفي التهاب المعتكلة
المزمن والحاد، وفي سرطانة المعتكلة.

الملاج: داعم بشكل أولي، ويعتمد على الأفة المشكلية الستبطنة.

الإندار: سيئ.

ج- التهاب السبلة الشحمية القري (بالبرد): شكل موضع من الالتهاب وينجم عن أذية شحم ما تحت الجلد بالبرد. يصيب الولدان والكهول خاصة بعد التعرض لمكعبات الثلج أو لدرجات حرارة صقيعية. قد يكون الجلد في هذا الالتهاب محمراً أو مزرقاً، وبارداً عند اللمس. كما يشكو المريض من إحساس بالبرد أو بألم خفيف، ويمكن أن يشاهد هذا النوع من الالتهاب في المتزلجين على الجليد أو الضرسان في منطقة الفخذ والألية. يشفى تلقائياً إذا أوقف التعرض للبرد.

د- التهاب السبلة الشحمية الرضحي، يحدث بعد رضح كنيل، ولا سيما في النساء ذوات الأثداء الكبيرة، ويتظاهر بشكل عقيدات صلبة عميقة ضمن الثدي، مغطاة بجلد حمامي أو طبيعي. تتلاشى هذه العقيدات تاركة ضموراً شحمياً. وقد بشاهد الالتهاب على الساق أو الفخذ.

ه- التهاب السبلة الشحمية المقتعل، قد ينجم هذا الالتهاب عن رضح مفتعل factitial كليل «مثل الوخز الإبري»، لكن السبب الأكثر شيوعاً هو المواد المحقونة «الأدوية والمواد السبليكونية»، مثل المورفين والبنتازوسين والميبيريدين وذيفان الكزاز، وكذلك قد تفعل حقن السواغات الزيتية لمواد دوالية مختلفة مثل البوفيدين، أما حقن الزيت المعدني ضمن

الأنسجة فيسبب تفاعلاً حبيبومياً تجاه الجسم الأجنبي، أو أورام البارافين التي يشاهد معظمها في منطقة الرأس والعنق عند النساء وهو دحقن لأسباب تجميلية.

## ٣- التهابات النسيج الشحمى في الولدان:

أ- نخر الشحم تحت الجلد في الوليد adiponecrosis: subcutanea neonatorum يحدث النخر الشحمي تحت الجلد في الوليد خلال الأسابيع السنة الأولى من الحياة. ويعتقد أن السبب فيه هو البرد. وقد لوحظ في ٢٥٪ من الحالات وجود فرط كلس الدم.

تكتشف الثخانة العقيدية في الأنسجة تحت الجلد بين اليوم ٢٠-٢ من الولادة، وتتصف بتناظرها، وهي تتوضع على الألية والفخذ والكتف والظهر والخد والنزاع، وقد تكون وحيدة أو متعددة، ويكون الجلد فوقها أحمر أو مزرقاً (الشكل ٨). أما العقيدات فقاسية أو مطاطية، ولا تلتصق بالبنى العميقة. وتختفي بعد عدة أشهر تاركة أحياناً ضموراً خفيفاً وتسبب الموت أحياناً. ويجب الإشارة إلى أن كلس الدم إذا كان مرتفعاً يجب استبعاد فرط نشاط جارات الدرق والانسمام بغيتامين D.



الشكل (٨) تخر الشحم عند الوليد

# العلاج؛ غير ضروري عادة.

ب- صلعه الوليد sclerema neonatorum: تظهر صلدمة الوليد خلال الأسبوع الأول من الحياة. أما العوامل المؤهبة لهذه الصلدمة فهي الخداج، كما يصاب بالصلدمة أيضاً حديثو الولادة المضعفون أو الذين يعانون من أمراض خمجية وقصور المشيمة. وتحدث أثناء الأمراض الشديدة، تبدأ بالصلابة الخشبية في الألية والضخذ شم تنتشر سريعاً لتشمل كامل الجسم، ويكون الجلد قاسياً وبارداً، وأصفر اللون عليه بقع حمر، وتتصف هذه المتلازمة بعدم انطباع الجلد بالضغط، وهي لا تصيب مناطق الأعضاء التناسلية ولا المناطق الكعبية محدودة، ويصبح المناطق الكعبية محدودة، ويصبح الوجه كالقناع.

# الإندار: سيئ.

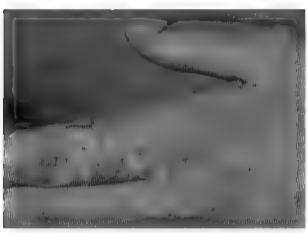
العلاج؛ علاج المرض المستبطن، وينقص تبديل الدم المتكرر نسبة الوفاة.

# سادساً - الحبيبومات (الأورام الحبيبية) الجلدية: ١- الورم الحبيبي الحلقي granuloma annulare:

مرض سليم محدد لذاته، شائع نصبياً. سببه غير معروف، وإمراضه غير واضح. وتعد الرضوح الخضيضة (عضات الحشرات، الوشم) من عوامل الزناد المطلقة لحدوث هذا الورم، وكذلك الأخماج واللقاحات والتعرض للشمس والأدوية. وسجل ترافق بعض الحالات مع السكري واعتلال الدرقية واللمفومات.

سريرياً: يبدأ هذا الورم بحطاطة واحدة أو أكثر، تتسع بشكل نابد مع شفاء مركزي (الشكل ٩). وتتصف بأنها لاعرضية، وهناك أشكال سريرية متعددة لهذا الورم منها الموضع والعمم وتحت الجلد والثاقب واللطخي.

مخبرياً: التشخيص سريري، والخزعة ضرورية في



الشكل (٩) ورم حبيبي حلقي

الحالات اللانموذجية أو العرضية أو المعممة أو في حال الشك بالتشخيص.

تسجيعاً، يشاهد ورم حبيبي مكون من اللمضاويات والمنسجات برافقه تنكس النسيج الضام وترسب الموسين.

العلاج: انتظار الشفاء التلقائي، أو تطبيق الستيروئيدات الموضعية مع الإغلاق بضماد كتيم أو من دون ذلك، أو حقن التريامسينولون ضمن الآفة. كما لوحظ شفاء هذا الورم عقب أخذ خزعة منه.

السير والإنشار؛ يشفى تلقائياً خلال أسابيع أو سنوات، لكن النكس ممكن، أما الحالات العممة فسيرها مديد.

# ٧- الساركوثيد sarcoidosis (الفرتاوية):

الساركوثيد مرض حبيبومي تسجياً يصيب عدة أجهزة، أسبابه مجهولة، والرثة هي العضو الأكثر إصابة، وكثيراً ما يبدأ في العقد الثالث من الحياة، ويصيب النساء أكثر من الرجال.

السببيات والإمراض؛ للانترفرون غاما والانترلوكين ١٢ وعامل التخر الورمي شأن في تفعيل البلاعم وتحويلها إلى خلايا عملاقة، ومن المستضدات المتهمة في إحداثه: العوامل الخمجية وغبار المعادن وتواتج احتراق الخشب. كما أن للوراثة شأناً مهماً في تتوع المظاهر السريرية.

سريرياً: يمكن أن تصاب الرئتان والجلد والعين والكبد والعقد اللمفية، وقد تحدث الحمى والتعرق الليلي والإعباء وفقد الوزن. وهناك نوعان من الأعراض الجلدية: نوعية ولا نوعية. أما النوعية فتتضمن: البقع والحطاطات واللويحات والعقيدات التي تظهر على الرأس والرقبة (الشكل ١٠). واحتمال حدوث الحاصة (ندبية أو غير ندبية). والشكل الشائع للأعراض الجلدية النوعية هو الشكل الحطاطي الشائع للأعراض الجلدية النوعية هو الشكل الحطاطي حمراء أو صفراء شفافة، تشبه جمد التفاح، يزداد هذا اللون وضوحاً بفحصه بطريقة الشفوفية diascopy. وغالباً ما تكون وضوحاً بفحصه بطريقة الشفوفية diascopy. وغالباً ما تكون

أما النثبة الشرثية lupus pernio فتدل عليها اللويحات والمقيدات القاسية البنفسجية المتناظرة التي تشاهد على الأنف وصيوان الأذن والخدين والأصابع، وترافقها إصابة مجموعية. وتفضل الغرناوية التوضع على نسيج الندبات. وهي أحد أسباب متلازمة ميكوليتز Mikulicz التي تضم ضخامة ثنائية الجانب في الغدد الدمعية والنكفية وتحت اللسان وتحت الفك.

أما الأفات غير النوعية المرافقة فأهمها الحمامي العقدة



الشكل (۱۰) ساركونيد عقيدي

والحكة والأكال العقيدي والحمامي عديدة الأشكال. وعندما ترافق الحمامي العقدة ضخامة العقد السرية ثنائية الجانب مع آلام مفصلية والحمي تسمى عندها متلازمة لوفغرين Lofgren.

#### الموجودات الأخرى:

- الرئتان: يكون الفحص السريري طبيعياً، والمريض الاعرضياً، وتشاهد ضخامة سرية ثنائية الجانب بالصورة الشعاعية في ٨٥٪ من الحالات.
  - العين: قد تؤدي الإصابة العينية إلى فقد البصر.
- الكيد: الإصابة شائعة لكنها لاعرضية. وقد تحدث ضخامة كبدية وألم بطني وحكة وارتفاع الفوسفتاز القلوية.
- القلب: تحدث الأعراض القلبية في ٥٪ من الحالات.
   ويتظاهر أغلبها باضطرابات النظم أو خلل وظيفة البطين الأيسر.
- الجهاز العصبي؛ قد يصاب أي جزء منه، خاصة العصب الوحير.
- الأعضاء الأخرى: قد تصاب الجيوب والطرق التنفسية
   العليا والطحال، ويالاحظ أيضاً اضطراب استقالاب
   الكالسيوم، ونقص الكريات البيض والصفيحات.
- مخيرياً؛ يستمان بالفحوص الآتية؛ صورة الصدر؛ اختبارات الوظيفة الرئوية، تعداد الدم العام، كلس الدم،

خمائر الكبد، البولة والكرياتينين، تحليل البول، تخطيط القلب، فحص العين، تفاعل كفايم، تفاعل السلين. وهناك اختبارات أخرى تقوم فعائية المرض مثل عيار الإنزيم المحول للأنجيوتنسين في المعل، ويفيد اختبار المسح بالغاليوم لتحديد الأعضاء المصابة.

نسجهاً، يحتوي الحبيبوم البشراني عادة على تجمع كثيف من البلاعم وحيدة النوى، يحيط بها القليل من اللمفاويات، كما يلاحظ نخر فبريني خفيف.

التشخيص؛ يحتاج إلى استبعاد الأمراض الأخرى التي لها الصورة السريرية أو النسجية نفسها. لذلك لا يمكن للتشخيص أن يكون أكيداً ١٠٠٠. وهناك بعض التظاهرات النوعية جداً التي تتجلى بمتلازمة لوفضرين وهيرفورد Heerfordt واعتلال العقد السرية ثنائية الجانب.

السير والإنشار؛ الإنذار جيد، وقد يشفى المرض تلقائياً أو بالعلاج، أما المشاكل التي تحصل فتنجم عن التليف.

العلاج: من المحتمل شفاء المرض تلقائياً بنسبة ١٥٪ على الأقل، وينطبق ذلك على نحو خاص على المرحلة الباكرة من الداء التي ترافقها الحمامي العقدة أو متلازمة لوفغرين، ويستطب العلاج إذا وجدت إصابة مترقية في الأعضاء. وقد تتحسن الأفات الجلدية بدهن الستيروئيدات من الصنف امدة ٨ أسابيع، كما أن حقن التريامسيتولون الموضعي أكثر فاعلية، والتاكروليموس الموضعي فعال أيضاً. أما العلاج فاعلية، والتاكروليموس الموضعي فعال أيضاً. أما العلاج المختار فهو الستيروئيدات الجهازية بجرعة ٢٠-١٤ملغ بريدنيزون يومياً. ومن الضروري قبل بدء العلاج التأكد من بالستيروئيدات قد تؤدي إلى تفعيل التدرن، ويمكن مشاركة بالستيروئيدات. وقد فلهرت فائدة مضادات TNF. كما يعطى الكلوروكين وخاصة في الإصابات الجلدية والرئوية.

# أولاً- البرفيريا porphyria::

البرفيريات مجموعة من الأمراض الاستقلابية تنجم عن نقص فعالية أحد الإنزيمات اللازمة لتركيب الهيم، مما يؤدي إلى ارتفاع طلائع البرفيرين التي تسبب انسماماً وحساسية ضيائية في الجلد وأعراضاً حشوية. معظم البرفيريات وراثية، ولكن الأنواع الأكثر مشاهدة منها هي الجلدية الأجلة التي غائباً ما تكون مكتسبة.

تصنف البرفيريات بحسب المصدر الأساسي لفرط تشكل البرفرين وطلائعه إلى: برفيريا دموية من النقي، وبرفيريا كبدية من الكبد أو تصنف بحسب التظاهر السريري المسيطر إلى: جلدية أو حشوية عصبية أو مختلطة.

# ۱- البرفيريا الولادية المكونة للحمر congenital -۱ erythropoietic porphyria

أو داء غونثر Gunther's disease، هو مرض نادر يورث وراثة جسدية متنحية، ينجم عنه عوز في تميمة السنتيثاز cosynthetase لولد اليوروبرفيرينوجين III مما يؤدي إلى تراكم اليوروبرفيرين وتراكم البرفيرينات في الكريات الحمر



الشكل (١) البرفيريا الولادية الكونة للحمر

# والبول والجلد.

تبدأ الأعراض السريرية في مرحلة الإرضاع بحساسية ضيائية شديدة تؤدي إلى عدم الارتياح والصراخ وإلى تلون البول بالأحمر (يلاحظ على الحفاظ). وتتظاهر الأعراض البول بالأحمر (يلاحظ على الحفاظ). وتتظاهر الأعراض الجلدية (الشكل ۱) بفقاعات وحويصلات على الأماكن المعرضة للضياء - قد تظهر حين معالجة يرقان الوليد بالضياء - تتضاعف بأخماج ثانوية وتندب كما تؤدي إلى جدوع في غضاريف الأنف والأذن وانحلال الأظفار والسلاميات القاصية، إضافة إلى فرط أشعار كل من الوجه والعنق والأطراف. يؤدي تراكم البرفيرين في الكريات الحمر إلى فاقة دم انحلالية مزمنة تؤدي إلى ضخامة الطحال، وتصطبغ الأسنان باللون الأحمر بسبب وجود البرفيرين في العرب في العرب والأخفار والنسنان بالمون وردي حين تعرض البول والأسنان الأجفان. يشاهد تألق بلون وردي حين تعرض البول والأسنان والعظم والكريات الحمر للأشعة فوق البنفسجية.

يتم التشخيص المخبري بكشف ارتفاع اليوروبرفيرين أ في البول والكريات الحمر والكوبروبرفيرين في البراز، كما يمكن قياس فعالية الإنزيم في الكريات الحمر أو تحري العيب الورثي.

العلاج بتفادي التعرض للضياء كلياً بعزل النوافذ وتطبيق الواقيات الحاجبة للشمس الحاوية على أكسيد الزنك والتيتانيوم موضعياً، ونقل الدم واستثصال الطحال وزرع النقي أو نقل الخلايا الجذعية من دم الحيل السري، والاستشارة الوراثية ضرورية.

# ۲- الپروتوبرطیریا اشکونیة للحمیر erythropoietic protoporphyria:

مرض وراثي نادر، يورث وراثة جسدية سائدة، تنقص فيه

فعالية الإنزيم خالب الحديد في آخر مراحل اصطناع الهيم ما ينجم عنه تراكم البروتوبرفيرين في الدم والكريات الحمر. يبدأ تظاهر المرض - في سن الطفولة وقد يتأخر - بحدوث حساسية ضيائية في الأماكن المعرضة للضوء أي الوجه وظهر اليدين والقدمين أحياناً، يرافقها حس وخز وحرق وحمامى وقد تظهر حويصلات تتطور باستمرار التعرض للضوء إلى وذمات وألم حارق، وفرفرية ونمشات. يحدث شياخ جلد ضيائي وتجاعيد وثنيات ولاسيما حول الفم، إضافة إلى

تغيرات صلابية خاصة فوق البراجم وندبات على الوجه وقد

يحدث انحلال الأظفار.

يتراكم البروتوبرفرين في الكريات الحمر خاصة في الفتية منها، كما يزداد تراكمه في المصل ثم في الكبد ويطرح بالصفراء والبراز، وقد يسبب الحصيات الصفراوية كما قد يسبب السماماً وقصوراً كبدياً يستدعي زرع الكبد، وقد يحدث فقر دم لا عرضي انحلالي أو فقر دم بعوز الحديد،

مخبرهاً: يرتضع البروتوبرفرين في كل من الكريات الحمر التي تتألق بلون برتقالي وردي، وفي المصل، أما البول فيبقى البروتوبرفرين فيه طبيعياً.

العلاج عرضي للإصابة الجلدية وتتم الوقاية بتجنب التعرض للضوء وستر النوافذ لأن الطيف المؤثر هو في منطقة الضوء المرئي ١٠٠٠-١١ نانومتر، وتطبق واقيات شمسية موضعية عاكسة تحوي أكسيد الزنك والتيتانيوم، وقد تفيد البيتاكاروتين فموياً، كما قد تفيد السمرات الجلد التي تزيد في تحمله للضوء، ومضاهي analogous الحاشة الملانية afamelanotide حقناً، ويعطى الديفروكسامين لخليا الحديد الزائد، ويجب مراقبة الكبد دورياً، والعمل على تجنب مسببات الركودة الصفراوية كالإستروجين.

# ٣- البرقيريا المتقطعة الحادة acute intermittent ... porphyria:

تنجم عن نقص فعالية إنزيم البورفوبيلينوجين دي أميناز مما يؤدي إلى ارتفاع البورفوبيلينوجين و ALA (حمض أمينو ليفولينيك)، ووراثتها جسدية سائدة تبدأ بعد البلوغ وتصيب الإناث أكثر من الدنكور، وحدوثها أعلى في البلدان الاسكندنافية. تتصف هذه البرفيريا بحدوث نوبات من الم بطني تستمر عدة أيام، وأعراض عصبية؛ (اعتلال أعصاب محيطية حسية أو حركية أو ذاتية واختلاجات) أو أعراض نفسية كالاكتئاب والهرع (الهستيريا) ولا ترافقها أي أعراض جلدية. تُحرض النوبات بتناول بعض الأدوية أو حين ينقص كل من الإماهة والصوديوم أو الغلوكوز.

مخبرياً، يرتفع البرفوبيلينوجين في البول ويزداد خاصة في أثناء النوبات وهو مشخص، وغيابه ينفي التشخيص. كما يمكن إجراء تشخيص سريع بتعريض البول لضوء الشمس عدة ساعات فيصبح داكناً أو بإضافة قطرتين من البول إلى ٢ مل من كاشف Ehrlich فيعطي لوناً أحمر كرزياً.

تعالج النوبات الخفيضة بإعطاء الغلوكوز وريدياً، أما النوبات الشديدة فيعطى فيها الهيماتين (٣-٤ ملغ/كغ يومياً) فوروضع التشخيص، وهو يقوم بتثبيط فعالية ALA سنتازويوقف تشكل البرفوبيلينوجين، ويوصى المرضى باتباع

حمية متوازنة عالية الكربوهيدرات بين الهجمات والابتعاد عن الكحول والأدوية المحرضة للثوبات كالبربيتورات والإستروجين والسلفوناميدات.

## 1- البرفيريا المتفيّرة variegate porphyria:

مرض وراثي نادر، وراثته جسدية سائدة، شائع في جنوب إفريقيا بين المهاجرين الهولنديين، يصيب الذكور والإناث، ويظهر بعد البلوغ.

ينجم عن عوز في أكسيداز مولد البروتوبرفيرين، مما يؤدي إلى تراكم البروتوبرفيرين والكوبروبرفيرين، كما يرتفع الـ ALA ومولد البرفوبيلين في أثناء النوبات،

أما الأعراض الجلدية فتتظاهر بحساسية ضيائية وهشاشة وتندب جلدي، وأعراض عصبية حشوية تتظاهر بنوبات آلم بطن وغثيان وارتفاع الضغط الشرياني وتسرع القلب واعتلال الأعصاب وشلل رياعي رخو واختلاج وأعراض نفسية.

يرتفع مولد البرفوبيلين في البول في أثناء النوبات فقط، ويرتفع كوبروبرفيرين والبروتوبرفيرين في البراز بين النوبات. أما العوامل المحرضة للنوبات وتدبيرها فمشابه للبرفيريا المتقطعة الحادة.

# ه- الكوبروبرفيريا الوراثية hereditary coproporphyria:

هي شكل نادر من البرفيريا، وراثتها جسدية سائدة، الإنزيم الناقص فيها هو أكسيداز مولد الكوبرويرفرين، يرتفع الكوبرويرفيرين للله في البول والبراز، وأعراضها تشبه البرفيريا المتقطعة الحادة لكنها أقل شدة. وتسيطر الأعراض الحشوية العصبية، وتظهر فيها أعراض حساسية ضوئية جلدية.

# ۱- برفیریا عوز دیهدراتاز حمض الأمیتو لیضولیتی porphyria ALA dehydratase deficiency:

شكل نادر جداً من نقص فعائية ديهدراتاز ALA تؤدي الى زيادة طرح الكوبرويرفيرين و ALA في اليول. تشبه اعراضها البرفيريا الحادة المتقطعة من دون أعراض جلدية، وتحرضها المحرضات ذاتها التي تثير البرفيريا الحادة المتطعة.

٧- البرقيريا الجلدية الآجلة porphyria cutanea tarda
 عي أكثر أشكال البرقيريا مشاهدة، ولها شكل وراثي وأخر

الشكل الوراثي يورث بصفة جسدية سائدة، توجد مورثته على الصبغي 1p34 وتسبب نقص فعالية إنزيم ثنائي الكريوكسيلاز المولد لليوروبرفيرين في الكريات الحمر

والكبد، أما الشكل المكتسب فتنقص فيه فعالية الإنزيم في الكبد فقط، تتظاهر هذه البرفيريا سريريا حين تنقص مستويات الإنزيم أكثر من ٧٥٪، كما تحرض ظهورها عوامل كيميائية مثل الكحول والهيدروكربونات المكلورة كالهكساكلوروبنزن والديوكسين، أو دوائية كالإستروجين والحديد، أو خمجية مثل التهاب الكبد C والسباغ الدموي والتحال الدموي في المصابين المحديد والصباغ الدموي والتحال الدموي في المصابين بالقصور الكلوي (١٨/ - ١٨٨٪ منهم). تصيب البرفيريا الجلدية الأجلة الكبد على نحو أساسي لذا فإنها تصنف مع عوامل الخطورة لسرطان الخلية الكبدية.

تتظاهر هذه البرفيريا سريرياً بأعراض حساسية ضيائية وفقاعات وتسحجات على المناطق المرضة للضياء، كما يحدث تندب وتفيرات صلابية وفرط تصبيغ أو نقص تصبغ وفرط أشعار وخاصة على الوجنتين، وحاصة ندبية (الشكل ٢).

مخبرياً؛ يرتضع يوروبرهيرين البول وكوبروبرهيرين إسوي iso في البراز.

المالجة: الوقاية من الشمس بالكريمات الواقية المعدنية (الفيزيائية) واستبعاد العوامل المحرضة، وتجرى الضصادة للتخلص من فرط الحديد الكبدي (٥٠٠ مل من الدم أسبوعياً أو كل أسبوعين لخفض الخضاب إلى ١١-١٢ ملغ/ دل، والفيريتين الأقل من ٢٥ ميكروغرام/ل)، ويحطى ديفروكسامين (دواء خالب يشكل معقدات مع الحديد وذلك لتسريع التخلص منه)، كما يعطى الإريشروبويتين في المصابين بالقصور الكلوي، ومضادات الملاريا ٢٥٥-٢٥٠ملغ كلوروكوين مرتين أسبوعياً.



الشكل (٢) برفيريا جلدية أجلة

# hepatic erythropoetic البرطيريا الكونة للحمر الكبدية porphyria

هي شكل نادر جداً من البرفيريا الجلدية الأجلة الوراثية، يرافقها نقص فعالية ثنائي كربوكسيلاز اليورويرفيرين نقصاً شديداً (4٠٪)، أعراضها تشبه البرفيريا الولادية المكونة للحمر.

## 9- البرفيريا الكاذبة pseudoporphyria:

تشاهد في هذا النوع من البرفيريا أعراض حساسية ضيانية كالأعراض المشاهدة في البرفيريا الجلدية الأجلة أو البروتوبرفيريا، وتحدث بعد تناول بعض الأدوية، وفي المصابين بالقصور الكلوي الموضوعين على التحال، وحين التعرض المشديد للأشعة فوق البنفسجية. لا يوجد في هذه البرفيريا خلل في استقلاب البرفرينات.

والخلاصة: إن البرفيريا مجموعة من الأمراض الوراثية التي تتداخل أعراضها ويصعب تشخيصها وعلاجها، وهناك بعض الحالات الخفية (حملة صامتون)، لهذا يجب إجراء مسح وراثي واستشارة وراثية الأفراد العائلة حين تشخيصها الاتخاذ سبل الوقاية من النوبات والحساسية الضيائية وتجنب العوامل المحرضة للنوبات. ومن المتوقع مستقبلاً توافر العلاج المورثي وتصحيح المورثات الطافرة.

# اثانياً - الصفرومات:

الصفرومات xanthomas تظاهرات جلدية تدل على اضطراب في استقلاب الشحوم، إذ تتوضع الليبيدات بشكل غير طبيعي في الجلد والأوتار والصفق وحول السمحاق إضافة إلى توضعها في جدر الشرايين وإحداثها التصلب العصيدي، وأُخذ اسمها من لونها الأصفر الذي يعزى إلى الكاروتين.

قد يكون فرط الشحوم أولياً وراثياً، أو ثانوياً لبعض الأمراض مثل التشمع الصفراوي والداء السكري والقصور الكلوي والكحولية وقصور الدرق واعتلال غاما وحيد النسيلة أو لتناول بعض الأدوية مثل حاصرات بيتا والإستروجينات،

والصفرومات ظاهرة تدفع المرضى إلى مراجعة الطبيب الذي يكشف من خلالها الخلل الاستقلابي، ويجب من أجل ذلك عيار شحوم الدم بعد صيام ١٣ ساعة حين تشخيص الصفروم.

# للصفرومات عدة أشكال سريرية:

۱- اللويحات الصفر الجفنية ranthelasma palpebrarum
 هي أكثر أشكال الصفرومات مشاهدة في المارسة الطبية،
 تظهر بشكل لويحات أو حطاطات صفر (الشكل ٣)، مخملية

ملاحظة	المسر	الوسيط المرتضع	الخلل الإنزيمي	
				الجلدية
بدء في الطفولة	النقي	يوروبرفيرين I البول، كوبروبرفيرين البراز، بروتوبرفيرين الكريات الحمر	يوروبرفيرينوجينIII سنِتاز	البرفيريا الولادية المكونة للحمر
بدء في الطفولة، شديدة جداً	الكبد		ثناثي الكريوكسيلاز المولد لليوروفيرين	البرفيريا الكبدية المكونة للحمر
بدء في البلوغ، ٢٥٪ وراثية	اثكيد	يوروبرفيرين III البول، كوبرويرفيرين إسُوي البراز	ثنائي الكربوكسيلاز المولد لليوروفيرين	البرفيريا الجلدية الأجلة
بدء في الطفولة	النقي	بروتوبرفيرين البراز والكريات الحمر	خالبة الحديد	البروتوبرفيريا الكونة للحمر
1000			جمات الحادة	الجلدية المصبية، اله
بدء في الطفولة، شديدة جداً	الكيد	ALA کوبروپرفپرین	نقص ALA دیهدرتاز	برفيريا عوز ALA ديهدراتاز
بدء في البلوغ، في الإناث خاصة (لا توجد أعراض جلدية)	الكيد	ALA موٹد الیورفوبیلین	ثنائي أميناز مولك البرفوبيلي <i>ن</i>	البرفيريا المتقطعة الحادة
بدء في البلوغ في الإناث خاصة	اٹکید	كوبروبرفيرين البول والبراز، ALA، مولد البورفوبيلين	أوكسيداز مولد الكوبروبرفيرين	الكوبرويرفيريا الوراثية
بدء في البلوغ في الإناث خاصة، قد توجد أعراض جلدية	الكبد	كوبروبرفيرين، ALA، مولد البرفوبيلين، بروتوبرفيرين	اوکسیداز مولد اثبروتوبرفیرین	البرفيريا المتغايرة
	NEJ	السريرية للبرةيريا، معدل عن M	الجدول (١) الأشكال	

الشكل (٣) صفرومات جفنية

الملمس بطيئة التطور، غالباً ما تكون ثنائية الجانب متناظرة على الجفنين العلويين والزاوية الإنسية للمين وقد تمتد اللويحات إلى الجفنين السفليين في الحالات الشديدة من ارتفاع الكولسترول، يرافق الآفة ارتفاع الكولسترول أو فرط الشحوم المختلط، لكن ٥٠٪ من الحالات تحدث من دون ارتفاع الشحوم، كما أنها شائعة في السكريين ولذا تعد أقل دلالة على المرض الاستقلابي، تعالج بالاستنصال الجراحي أو بالليزر أو بالتجفيف الكهريائي أو بحمض الخل مثلث الكلور، لكنها قد تنكس.

#### tuberous xanthoma الصغرومات المجرية -٢

تتوضع الشحوم في هذا النوع من الصفرومات في الأدمة وتحت الجلد، ويبدو هذا الصفروم بأشكال مختلفة من حطاطات صغيرة وأورام مفصصة أو عقيدية قاسية ذات لون أصفر إلى برتقالي، غير مؤلة، تتوضع على أماكن الضغط كالسطوح الانبساطية للمفاصل كمفصل الركبة والمرفق والأليتين. يرافق هذه الصفرومات عادة فرط الكولسترول وفرط الشحوم الثلاثية، وارتفاع الشحوم منخفضة الكثافة، وفرط الشحوم الثلاثية، وارتفاع الشحوم الشحوم الثانوي.



الشكل (٤) صفرومات وترية

## ٣- الصفرومات الوترية tendinous xanthoma:

ترتشح فيها الشحوم داخل الأوتار، وقد ترتشح في الصفاق الأخمصي والسمحاق، وتظهر بشكل كتل أو عقيدات تحت الجلد الذي يبقى طبيعياً. تتطور ببطء، وتتحرك مع حركة الوتر. وأكثر ما تشاهد على وتبر آخيل وأوتار الأصابع والداغصة والمرفق والكعب (الشكل ٤). وينبه وجودها إلى فرط الكولسترول العائلي وفرط الشحوم العائلي.

## ieruptive xanthomas أ- الصغرومات الطفحية

تبدو بشكل حطاطات صفر صغيرة كرأس الدبوس تتتالى بالظهور على دفعات متلاحقة وتتجمع في أماكن مفضلة كالأثيتين والكتفين والوجوه الباسطة للأطراف (الشكل ٥)، وقد تظهر فوق الصفرومات العجرية. يرافق هذه الصفرومات فرط الشحوم الثلاثية الصرف والمختلط والثانوي للداء السكرى، وتزول بعودته لحال السواء.

#### الصفرومات السطحة plane xanthomas:

تظهر بشكل بقع أو ارتشاحات صفر برتقالية قد تكون مرتفعة قليلاً وتتوزع على نحو خاص على الراحتين وتسمى لذلك الراحية، وتكون هذه الصفرومات مميزة لخلل الشحوم المائلي، كما تشاهد في فرط الشحوم الثانوي.

قد تكون الصفرومات المسطحة معممة ويشاهد في الرضى حيننذ اعتلال الفلوبولين غاما، مرافقاً لورم نقوي أو لشحوم سوية.

تزول معظم الصفرومات بعودة الشحوم إلى مقدارها

		V
ارتضاع الشحوم الثلاثية والكيلوميكرون، أما الكولسترول فمرتضع قليلاً	نقص البروتينات الشحمية ليباز العائلي	التموذج I
ارتفاع الكولسترول و LDL	فرط الكولسترول العائلي	النموذج Ila
ارتضاع الكولسترول والشحوم الثلاثية وLDL وVLDL	فرط الكولسترول العائلي المختلط	التموذج IIb
ارتفاع الشحوم الثلاثية والكولسترول LDL، ويقايا الكيلوميكرون	عسر الشحوم العائلي	النموذج الآ
ارتفاع الشحوم الثلاثية مع كولستول طبيعي أو مرتفع قليلاً، ارتفاع VDL" VLDL	فارط الشحوم الثلاثية العائلي	النموذج IV
ارتىضاع المسحوم الشلاشيسة والكولسسترول والكيلوميكرون وVLDL	فرط الشحوم العائلي المختلط	النموذج ٧
نشحوم العائلية	الجدول (٢) أتماط فرط ا	

الشحوم طبيعية في ٥٠٪؛ التموذ	الصفرومات الجفنية	
النموذج Ila	الصفرومات الوترية	
النماذج III, IV, IIa	المنفرومات العجرية	
النماذج ۱۱۱,۷,۲	الصفرومات الملفحية	
الراحية النموذج ااا	المنفرومات الخطية ا	
اعتلال غاما وحيد النسيلة، الور اللمفوما، الغلوبولينات العرطلة، م	الصفرومات السطحة	
الجدول (٣) أشكال الصغرومات والحالات المرافقة		



الشكل (٥) صفرومات طفحية

الطبيعي الأمر الذي يمكن الوصول إليه بالحمية وخافضات الشحوم، كما يمكن استلصال بعضها جراحياً لكنها تنكس إذا لم يتم ضبط الشحوم.

ثالثاً - أدواء المنسجات الجلدية بداء المنسجات عرفت أدواء المنسجات الجلدية سابقاً بداء المنسجات عرفت أدواء المنسجات الجلدية سابقاً بداء المنسجات المجهولة المجهولة المنسب يحدث فيها تكاثر خلايا من نمط واحد هي خلايا لانفرهانس. وكانت تصنف في أربعة نماذج سريرية وأصبحت تجمل حالياً تحت تسمية داء المنسجات لخلايا لانفرهانس Langerhans cell histiocytosis

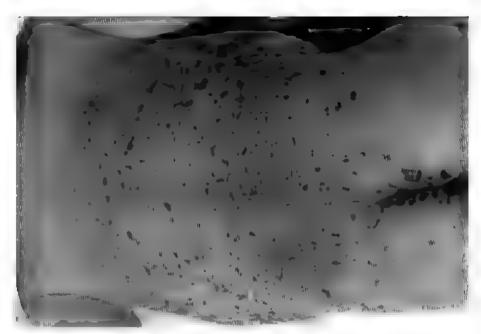
# المرض. تعد هذه الأمراض ارتكاسية وليست خبيثة وهي: ١- هام ليترر سيوي Letterer-Siwe:

هوداء جهازي حاديبدا في الأشهر الستة الأولى من العمر في ثلث الحالات، أما باقي الحالات فتبدأ قبل عمر السنتين. ويتظاهر بحطاطات صغيرة صغر وردية وفرفرية تتوضع على الجلد وتتوزع على الجذع والفروة، شبيهة بالتهاب الجلد المثي أو مذح الثنيات، وقد تصيب الأذن، كما تصاب المخاطية الفموية بتسحجات وتقرح وهي نادرة، وقد تصاب النسج حول السنية، كما تصاب الأظفار بالتهاب حول الظفر إضافة إلى تخريها وانحلالها (الشكل 7).

أما جهازياً فتحدث إصابة رئوية في نصف الحالات وتكون عرضية أو لاعرضية، إضافة إلى ضخامة كبد وطحال واعتلال العقد اللمفاوية وآفات حالة للعظم في المراحل المتقدمة. أما إصابة الدم فنادرة وتتضمن نقص الصفيحات وققر الدم الشديد المؤديين إلى الوفاة.

# ۱- ياء هاند شوللر- كريستيان Hand-Schuller-Christian-۲

هو داء مزمن مترق متعدد البؤر يبدأ بين السنة الثانية والسادسة من العمر بنسبة (٧٠) وقبل الثلاثين بنسبة (٩٠). تشاهد فيه الموجودات التالية وهي نادراً ما تجتمع: أقات حالّة للعظم (٩٠٪) والاسيما في القحف والفلك السفلي، ويبلة تفهة وهي العرض الأول والأكثر شيوعاً، وجحوظ وحيد الجانب أو ثنائي الجانب ويتأخر ظهوره، وأقات جلدية مخاطية في ثلث الحالات، تبدو بشكل حطاطات تشبه داء ليترر- سيوي، تتجمع على الظهر والصدر والصدغ وتتحول الى لويحات تشبه التهاب الجلد المثي أو المنح أو التهاب الأجربة الشعرية. ونادراً ما تصاب الرقة والكبد والعقد اللهضة.



الشكل (٦) هاء ليترر سيوي

# ۳- حبيبوم الحمضات eosinophilic granuloma:

هو شكل سليم موضع، يحدث بين ٥-٣٠ سنة من العمر، وهو أكثر شيوعاً في النكور، تصيب الأفات الحبيبومية عظام القحف والأضلاع والعمود الفقري والحوض ولوح الكتف ثم العظام الطويلة. البدء خفي والأفات وحيدة قد تكشفها كسور تلقائية، والإصابة الجلدية المخاطية نادرة وتبدو بشكل عقيدة متقرحة.

## ا- داء هاشیموتو برتزگر Hashimoto-Pritzker:

يسمى أيضاً داء المنسجات الشبكي الولادي ذاتي الشفاء، سيره سليم، ويتظاهر حين الولادة أو في الأيام الأولى من الحياة بحطاطات قاسية حمر بنية متعددة منتشرة تكبر وتشكل جلبات بنية ثم تسقط بعد فترة تاركة ندبات ضمورية بيضاً. لا تصاب المخاطيات ولا توجد إصابات جهازية.

الإندار؛ يتوقف إندار داء المنسجات الجلدية على الأجهزة المصابة وسن البدء؛ إذ يكون سيشاً حين تصاب عدة أجهزة قبل عمر سنتين، وتكون الوفيات فيه عالية تصل إلى 80٪.

لهذا الداء معالجات متنوعة بحسب شدة الإصابة وموقعها، من بينها: الخردل الأزوتي والعلاج الكيميائي والأشعة السينية والبوفا والسيكلوسبورين ومضادات العامل المنخر للورم ألفا وسواها.

# رابعاً – النشوانيات amyloidoses:

النشوانيات أو الأدواء النشوانية مجموعة من الأمراض يجمع بينها توضع المادة النشوانية خارج الخلايا، تتكون المادة النشوانية من ليفات بروتينية ذات بنية صفيحية وتتصف

بمقاومتها للحل وتلونها بأحمر الكونغو، وتبدي انكساراً مزدوجاً أخضر تحت الضوء المستقطب. إضافة إلى كميات قليلة (١٤٪) من بروتينات غير ليفية تسمى المكون p المصلي،

تشمل النشواني المحروعي والداء النشواني المجموعي والداء النشواني المجموعي والداء النشواني المحروعي المنشواني المتحول إلى: amyloid amyloidosis (AA) والداء النشواني المنشواني المنشواني بالسلاسل الخفيفة للغلوبولين المناعي amyloidosis (AL)، والنشواني المرتبط بالترانس شايريتين (transthyretin related amyloidosis (ATTR) بالبيتا ميكروغلوبولين Aβ,M، وتوجد انماط نشوانية أخرى أقل حدوثاً.

# ۱- الداء النشوائي الجموعي systemic amyloidosis:

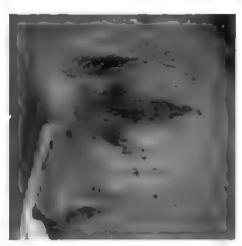
تتوضع فيه المادة النشوانية في أعضاء حيوية مسببة خللاً في وظيفتها قد يؤدي إلى الموت، ويكون أولياً أو ثانوياً.

أ-الداء النشوائي الجموعي الأولي: تتكون المادة النشوانية من السلاسل الخفيفة للغلوبولين المناعي (AL) كما يحدث في النشوائي المرافق للورم النقوي، سن البدء ٤٠-٦٠ سنة مع ميل لإصابة الذكور.

أعراضه لا توعية، إعياء ونقص الوزن وتشوش الحس والبحة والوذمة وهبوط الضغط الانتصابي، والمتلازمة النموذجية لهذا الداء هي متلازمة نفق الرسغ وضخامة اللسان وضخامة الكبد في ٥٠٪ ومتلازمة كلائية (نفروزية) واضطرابات نظم القلب واعتلال العضلة القلبية اللدان قد يؤديان إلى الوفاة، كما يرتشح الجهاز الهضمي مما يؤدي

إلى تظاهره بأعراض داء معوي التهابي، واعتلال الأعصاب المحيطية، إضافة إلى ارتشاح الدماغ بالمادة النشوانية الذي يسبب أعراض العته، وتحدث إصابة جلدية مخاطية في ٣٠- ١٪ من الحالات، قد تكون دليلاً باكراً على المرض.

تتجلى الأعراض الجلدية بنزف في الجلد بسبب ارتشاح الأوعية بالمادة النشوائية مؤدياً إلى نمشات وكدمات وفرفريات تتشكل تنقائياً أو بعد رض خفيف وخاصة على الأجفان وحول الحجاج (عين الراكون) والعنق والثنيات والمنطقة التناسلية، وقد تصاب الفروة (الشكل ٧). وقد تشاهد ايضاً حطاطات شمعية ملس لماعة أو عقيدات على الأجفان والعنق وخلف الأذن والمغبن قد يجتمع بعضها إلى بعض. كما قد يحدث جفاف الفم والارتشاح الصلابي والحاصة والحثل وتقصف الأظفار وتخططها.



(الشكل ٧) داء نشواني مجموعي - فرفرية أجفان،

ب- الداء التشوائي المجموعي الثانوي: يحدث تالياً لمرض التهابي أو خمجي مزمن أو مضاعضةً لبعض الأمراض الجهازية. وهو يصيب الكلية والكبد والطحال والسبيل الهضمي والكظر، مما قد يؤدي إلى قصور كلوي مترق مميت. ولا تحدث في هذا الشكل من الداء أعراض جلدية.

إن معالجة الأمراض المزمنة معالجة فعالة تقي من تطور الداء النشواني.

وتتشكل في الداء النشواني المرتبط بالتحال المادة النشوانية من الميكروغلوبولين بيتا۲ (microglobulin β وقد ينكس في الكلية المزروعة علماً أنه يفضل التحال البريتواني فيه على التحال الدموي.

ج- الداء النشواني الوراثي العائلي: تسببه طفرات في عدد من بروتينات المصورة. كما يحدث الداء النشواني في أمراض عائلية مثل حمى البحر المتوسط ومتلازمة -Muckie

Wells (حمى وشرى وصمم استقبائي عصبي وداء نشواني كلوي) ومتلازمة شرى البرد العائلية. أما في داء الزهايمر فتتوضع في الدماغ مادة نشوانية من نمط بروتين بيتا (Aß).

التشخيص: يتم بأخذ خزعة من المستقيم (الخاطية وتحت الخاطية) أو الجلد الطبيعي ظاهرياً، ومن المفضل أخذ رشافة بالإبرة من شحم تحت جلد البطن وهو إجراء بسيط ونوعي، كما يمكن أخذ خزعة من أعضاء أخرى مصابة. ويستعمل التلوين الخاص بأحمر الكونفو أو التلوين الناعى النسيجي.

ويجب إجراء الرحلان المناعي لبروتينات المصل والبول لكشف الحثل المصوري والسلاسل الخفيفة للغلوبولين المناعي في الورم النقوي العديد، كما يجب تحري إصابة الأجهزة.

العلاج، يعالم أولاً الداء المسبب لوقف صعيدر المادة النشوانية إضافة إلى المعالجة النوعية الموجهة للعضو المصاب، أما في الداء النشواني الناجم عن الورم النقوي فيلجأ إلى العلاج الكيميائي، كما يجب علاج الداء الالتهابي المزمن في النشواني الثانوي، ويفيد الكولشسين في تخفيف نوبات حمى البحر المتوسط العائلية وتركيب المادة النشوانية. كما يفيد زرع الكبد في تفادي توضع المادة النشوانية في النشواني المسبب بالترانس ثايريتين. وقد يكون هناك مجال لمالجات جزيئية موجهة.

۱- الداء النشواني الجلدي الموضع localized cutaneous - الداء النشواني الجلدي الموضع

يكون أولياً أو ثانوياً.

أ- الداء النشوائي الجلدي الأولي: يحدث فيه توضع المادة النشوائية في جلد سليم من دون إصابة أعصاء أخرى، وله لموذجان سريريان: الحزاز النشوائي الحطاطي واليقعي - وقد يوجدان معاً - إضافة إلى نموذج أندر هو النموذج المقيدي.

• الحزاز النشواني lichen amylodosus؛ لا تعرف آلية حدوث هذا الحزاز الذي هو أكثر أنماط الأدواء النشوانية المجلدية الموضعة شيوعاً، ويعتقد أنه يتم تشكل المادة النشوانية إما في البشرة بسبب تأذي الخلايا القاعدية وإما من تنكس الأجسام الفروانية تنكساً ليفياً؛ مما يؤدي إلى توضع النشوائي في الأدمة الحليمية (الشكل ٨).

• الشكل النشوائي الحطاطي papular amyloidosis: أكثر ما يظهر في الصينيين مع رجحان إصابته للرجال، ويبدو بشكل حطاطات صغيرة مقببة مصطبغة منفصلة وقد

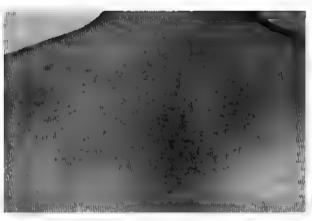


الشكل (٨) داء نشواني جلدي (الحزاز النشواني).

يجتمع بعضها مع بعض، وتتوضع بشكل خاص على الساقين والكاحل وظهر القدمين والفخذين والوجه الباسط للذراعين وقد تمتد للبطن. الإصابة مزمنة وقد تكون حاكة، ويجب أن يُضرق بينها وبين الحزاز السطح الضخامي.

يؤكد التشخيص بالخزعة التي يشاهد فيها نسجياً توضع النشواني في ذرا الحليمات الأدمية إضافة إلى وجود تبدلات بشروية خاصة تتظاهر بالشواك، كما يشاهد في الشكل الحزازي فرط تقرن.

● الداء التشوائي الجلدي البقعي emacular amyloidosis ويشاهد في البالغين الأسبويين والمتوسطيين وفي أمريكا الجنوبية مع أرجحية إصابته للنساء، وقد يكون عائلياً. تظهر في هذا الشكل بقع بنية أو بنية رمادية مبهمة الحدود ذات شكل شبكي رخامي تتألف من اجتماع بقع صغيرة (الشكل ٩)، قد ترافقها حكة خفيفة، وتتوضع على نحو أكثر شبوعاً بين لوحي الكتف وقد تمند لباقي الظهر والصدر وأحياناً للأطراف، ويمكن أن تتلو احتكاكاً ودلكاً مزمناً متكرراً بأدوات الاستحمام كالفرشاة أو الليفة، كما قد ترافقها بقع ناقصة التلون مما يعطيها شكلاً مبرقشاً، تشبه فرما التصبغ التالي للالتهاب أو يعطيها شكلاً مبرقشاً، تشبه فرما التصبغ التالي للالتهاب أو



الشكل (٩) الداء النشواني الجلدي البقعي

المعالجة: غير مرضية، وتقوم على مهدئات الحكة والستيروئيدات القوية موضعياً والدي متيل سلفوكسايد DMSO والتاكروليموس الموضعي والأشعة ما فوق البنفسجية بضيقة الحزمة وسنفرة الجلد وذكر العلاج بالأسيتريتين ويالليزر ND-YAG.

● الشكل المقيدي nodular amyloidosis: نادر ويعد ورم الخلايا المصورية خارج النقي إذ تكون المادة النشوانية فيه مثل LA أي من السلاسل الخفيضة للغلوبولين المناهي. يتظاهر بشكل عقيدات وحيدة أو متعددة أو لويحات تتوضع على الوجه أو المجذع أو الأطراف أو الناحية المتناسلية، أحجامها بين ملمترات إلى سنتمترات، وقد يكون الجلد ضامراً أو فرفرياً (الشكل ۱۰).

معالج الشكل العقيدي بالجراحة: بالسنفرة والكي الكهربائي أو القرّي أو الليزر الكربوني أو الصباغي.

ب- الداء النشوائي الجلدي الشائوي: تتوضع المادة النشوانية في الجلد تالية لوجود مرض جلدي مثل الوحمات الأدمية وأورام مطرق الشعرة والورم الليفي الجلدي والتقرانات المثية والضيائية وداء بوفن والسرطانة القاعدية



الشكل (١٠) الداء النشواني الجلدي العقيدي

كما ذكرت حالات بعد المعالجة بالبوفاء

# خامساً - الموسينات (المخاطينيات) mucinoses:

هي مجموعة من الأمراض تشترك بتوضع كميات من المخاطين في الأدمة، والمخاطين هو عديد سكريد مخاطي تنتجه مولدات الليف، ويتألف على نحو أساسي من الهبارين والحمض الهيالوروني وسلفات الكوندروايتين، لهذا المرض أشكال جلدية أو مجموعية أو موضعة أو جريبية أو منتشرة.

# الوذمة الصلية scleredema

هي مرض مجهول السبب يرتشح فيه الجلد بسبب توضع المخاطين الذي يتطور على مدى أسابيع الإحداث إصابة متناظرة على العنق والوجه وأعلى الجذع والنزاعين وقد يمتد للأسفل، وترافقه حمامى، وهو مرض غير مؤلم، غير حاك، لكنه يسبب تحدداً في الحركة. وله عدة أشكال: يحدث الأول بعد شهور من إصابة خمجية بالعقديات، وغالباً ما يصيب الأطفال وتبلغ إصابة الإناث فيه ضعفي إصابة الذكور، ويرافق الثاني اعتلال غاماغلوبولين وحيد النسيلة الذي قد ينتهي بالورم النقوي العديد، ويرافق الشكل الثالث الداء السكري في البدينين من الدكور وغالباً ما يحدث فوق الشكر من العمر ويكون مزمناً.

scleromyxedema أو الحزاز scleromyxedema أو الحزاز الخاطية scleromyxedema أو generalized lichen myxedematous أو الخاطيني المعمم generalized papular الداء الموسيني الحطأطي المعمم munuimusiu

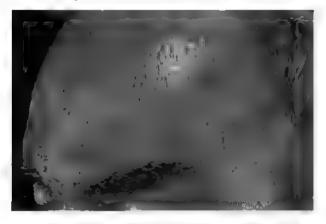
هو داء مخاطيني نادر مجهول السبب، يتصف بتوضع المخاطين في طبقات الأدمة المتوسطة والعميضة أو حول الأوعية وبتكاثر مولدات الليف.

يحدث هذا الداء في أواسط العمر في الجنسين، وذلك بظهور حطاطات شمعية قاسية تصطف بشكل خطي مميز على الوجه والعنق والذراعين واليدين (الشكل ١١)، مع تغيرات صلابية تجعل الجلد مرتشحاً قاسياً سميكاً لامعاً، مما يؤدي إلى تغير الملامح (السحنة السبعية) (الشكل ١١)، كما يحدث في ٢٠٨٨٪ من الحالات اعتلال غاما غلوبولين وحيد النسيلة، ولا توجد إصابة درقية ولكن قد توجد إصابات جهازية كلوية أو هضمية (عسرة بلع) أو عصبية أو عضلية، سيره مزمن وماله سيئ إذ تحدث الوفيات بالاختلاطات الجهازية وخاصة الرئوية منها.

المسالجات متنوعة لكنها مخيبة للأمال مشل: الهيالورونيداز والستيروئيدات والبوفا والرتينوئيدات وفصل المصورة والعلاج الكيميائي وزرع النقى.



الشكل (١١) الوذمة الخاطية الصلبة على أصابع اليدين



الشكل (١١) الوذمة المخاطية الصلبة على جبهة المريض بفسه

٣- الداء الموسيني الحطاطي، الحزاز الخاطيني papular: mucinosis, lichen myxedematous:

تظهر في هذا الشكل حطاطات قاسية ٢-٥ ملم، قد تجتمع في عقيدات أو لويحات محدودة الانتشار على الجذع أو الأطراف بدون تبدلات صلابية أو تكاثر مولدات الليف أو قصور الدرق أو اعتلال الغلوبولين أو الإصابة الجهازية، وذكر ترافقه وإيجابية HIV، وله عدة أشكال فرعية: الداء الموسيني الموضع ذو الحطاطات المعزولة والداء الموسيني الحطاطي المستمر على الأطراف والداء الموسيني الحطاطي ذاتي الشفاء والداء الموسيني الموضع في الأطفال والداء الموسيني الموسيني الموسيني الموسيني الموسيني الموسيني الموسيني الموضع في الأطفال والداء الموسيني

الداء الموسيتي الجريبي follicular mucinosis أو الحاصة الموسيتية salopecia mucinosa يحدث هذا الداء الالتهابي مجهول السبب في أي عمر، وذلك بتراكم الموسين (المخاطين) في الغدد الزهمية وغمد الشعرة الخارجي، وتتهم فيه آليات مناعة متواسطة بالخلايا، وقد يكون أولياً سليماً أو النوياً ترافقه لمفوما غالباً هودجكينية (١٥٪ من الحالات)، يتظاهر سريرياً بحطاطات مجتمعة بلون الجلد أو لويحات حمامية مع بعض الوسوف وقد يخرج المخاطين من الأجرية بالضغط



الشكل (١٣) الحاصة الموسينية

كما قد تكون الاندفاعات حاكة. الأفات وحيدة أو قليلة العدد، أو متعددة، وتظهر على الوجه (الحاجبين) (الشكل ١٣) والفروة والعنق والكتفين، وقد يتقصف الشعر أو يزول من الأفات مما يؤدي إلى حاصة دائمة جزئية أو تامة. الحالات المرافقة للمفوما لا تميز سريرياً بل نسجياً ويجب نفيها قبل البدء بالعلاج الذي يضم الستيروئيدات الموضعية التي يمكن حقتها ضمن الأفة أو إعطاؤها عن طريق الضم، والصادات (ميشوسبكلين ١٠٠٠ملغ يومياً، أو مضادات المحتقوديات المنهبة) والحابسون والأنتسرفرون والإيزوتريتينوين والاستئصال الجراحي.

سادساً- التظاهرات الجلدية في أمراض الفدد الصم: ١- الأعراض في أمراض الغدة التخامية:

أ- قرمة تشاطه الفدة النخامية: يسبب العملقة في الأطفال قبل انفلاق الشاشات، وضخامة النهايات في البائفين وذلك بسب فرط إفراز هرمون النمو.

تنجم ضخامة النهايات acromegaly في اكثر من ٩٥٪ من الحالات عن ورم غدي سليم في الفدة النخامية، وتتظاهر سريرياً بسحنة مميزة؛ بروز الجبهة ويروز الفلك السفلي وتباعد الأسنان وضخامة نهايات الأطراف وثخن الشفة وتباعد الأسنان وضخامة نهايات الأطراف وثخن الشفة وتدليها وتسمك الأجفان وتوذمها وكبر اللسان وتشققه وكبر الأذنين، كما تظهر الزنمات skin tags والليفومات المدلاة. ويصبح الجلد زيتياً مفرط التعرق بسبب تأثير هرمون النمو في عمل الغدد الزهمية والعرقية، كما يزداد جلد الفروة في عمل الغدد الزهمية والعرقية، كما يزداد جلد الفروة التفريق بينه وبين ثخن الجلد والعظم الذي لا يحدث فيه بروز الفك أو ضخامة اللسان، وقد يحدث فرط التصبغ بسبب الإدياد الحاثة الملانية وقد يشاهد الشواك الأسود. ويصبح عريضة سريعة النمو.

ب قصور النخامي: ينجم في أكثر من ه ٩٪ من الحالات عن تخريها مسبباً القزامة النخامية، ويصبح الجلد رقيقاً بسبب نقص الكولاجين وشاحباً بسبب نقص إفراز الحاشة الملانية. والأماكن التي يكثر ظهوره فيها هي جلد هالة الثدي والأعضاء التناسلية، ويختلف عن فقر الدم بعدم شحوب المخاطيات (ينقص التصبغ نقصاً معمماً) ويزداد التأهب لحدوث الحروق الشمسية، إضافة إلى زوال الأشعار الانتهائية بدءاً بشعر العانة يتلوه شعر الإبط، كما ترق أشعار اللحية والضروة، وتزداد التجاعيد الدقيقة ويجف الجلد وتنقص فعائية الغدد العرقية والزهمية، وتصاب الأظفار بالانحلال فعائية إلى إصابتها بخطوط طولانية وتصبغ وتصبح رقيقة ومنقصفة وبطيئة النمو.

# ٧- الأعراض الجلدية في أمراض الفدة الدرقية:

يقع الجلد تحت تأثير الهرمون الدرقي ولأسيما أروماته الليفية وخلاياه القرنية، كما يؤثر هذا الهرمون في عامل النمو البشروي والتمايز الخلوي وإفراز الزهم والعرق ونمو الشعر والدوران الدموي الجلدي.

أ- قرط تشاط الدرق؛ يصبح الجلد دافئاً رطباً باعماً رقيقاً، ويؤدي فرط النشاط إلى زيادة الدوران الدموي الجلدي الذي يؤدي إلى توهج الوجه وإلى حمامي راحية، كما يؤدي إلى فرط تعرق معمم وخاصة فرط تعرق راحي أخمصى.

قد تحدث تصبغات ولاسيما في الثنيات وعلى التواتئ العظمية، وحكة معممة في 1-11% وخاصة في داء غريف. كما يصبح شعر الفروة رقيقاً ناعماً هشاً وقد تحدث حاصة منتشرة غير ندبية.

وتشاهد ثبدلات الأظفار في ٥٪ إذ تصبح طرية وسريعة النمو كما قد يحدث انحلال أظفار قاص.

• داء غريف Graves disease: يسببه ارتشاح الغدة الدرقية باللمفاويات التاثية، وأعراضه الميزة فرط نشاط الدرق والوذمة المخاطية أمام الظنبوب والاعتلال العيني وتعجر الأصابع (ثلاثي دياموند).

● الوذمة المُخاطية أمام الظنيوب pretibial myxedema:

تشاهد في ١٠-١٪ من حالات فرط نشاط الدرق و٤, ١٠-٤٪

من مرضى داء غريف وتشاهد كذلك في داء هاشيموتو.

تتصف بلويحات قاسية مرتفعة ثنائية الجانب غير متناظرة

تتوضع أمام الساقين، ذات لون زهري أو بني بنفسجي، قد

تكون هذه الوذمة خفيفة فتبدو كمظهر قشر البرتقال أو
شديدة كالفيال، بحسب عمق الارتشاح بالغليكوزامينوغليكان

وشدته، يلاحظ فرط أشعار وفرط تعرق في مناطق الجلد المصاب بالودمة، وقد تتوضع الوذمة أبيضاً في أماكن أخرى كالنزاعين والبطن.

•تعجر الأصابع acropachy: تكون الأصابع بشكل مضرب الطبل، وتتورم النسج الرخوة إضافة إلى تشكل عظم حول السمحاق في الأمشاط والسلاميات، وقليلاً ما يشاهد هذا في أعراض فرط الدرق لكنه بشاهد في داء غريف وداء هاشيموت.

# ب- الأعراض الجلدية في قصور الدرق:

يكون الجلد بارداً شاحباً جافاً في قصور الدرق خاصة على السطوح الباسطة، بسبب بطء الاستقلاب والتقبض الوعالي، وينقص إفراز الزهم والعرق مما يؤدي إلى جفاف الجلد الذي يصل إلى درجة السماك، والذي يسبب حكة معممة، وقد يشاهد الاصفرار بسبب الكاروتينيمية خاصة على الراحتين والأخمصين والثلم الأنفي الشفوي، ويصبح شعر الفروة جافاً متقصفاً بطيء النمو مع احتمال حدوث حاصة غير ندبية، أما العلامة المميزة فهي فقد الشعر من الثلث الوحشي للحاجبين، كما تصبح الأظفار بطيئة النمو وقد تشاهد عليها تخطيطات طولانية أو عرضية. ويضعف التنام الجروح وقد تحدث فرفريات بسبب نقص عوامل التخطين الأدمى.

لكن التظاهر الأكثر حدوثاً في قصور الدرق هو الوذمة المخاطية التي يكون الجلد فيها متوذماً جافاً شاحباً شمعي الملمس مع وذمة لا انطباعية، ويأخذ الوجه مظهراً مميزاً: الأنف عريض والشفاه منتفخة واللسان ضخم والأجفان متورمة. وتزول هذه الأعراض بالعلاج الهرموني.

هناك بعض الأمراض الجلدية التي ترافق أمراض الدرق مثل النهاب الجلد الحلئي والشرى المزمن والحاصة البقعية (الثعلبة) والبهق.

# ٣- الفدة الدريقية (مجاورات الدرق):

ليس للهرمون الدريقي تأثير مباشر في الجلد،

ولا يسبب فرها نشاط مجاورات الدرق الأولي أعراضاً جلدية ما، ونادراً ما تحدث الحكة أو تكلس الجلد.

أ- يرافق فرط نشاط مجاورات المرق الثانوي - الناجم عن القصور الكلوي المزمن - آفات جلمية، إذ تحدث إضافة إلى الكيسات العظمية تقائل كلسية في الأدمة والنسيج الخلوي تحت الجلد وتتشكل عقيدات واضحة، وقد يحدث تكلس الأوعية الجلدية الذي يتظاهر بضرط الحساسية

الجهازية للكلس (الكالسيقيلاكسيس) calciphylaxis، والذي قد يحدث بدون قصور كلوي، كما تحدث الحكة بضرط كلس الدم والقصور الكلوي.

ب أما قصور مجاورات المبرق فيكون أولياً أو ثانوياً بعد الاستئصال الجراحي، وتتشابه الأعراض الجلدية إذ يصبح الجلد جافاً خشناً والشعر قليلاً كثير التساقط، وتتقصف الأظفار في النصف القاصي في حين يصبح النصف الدائي محززاً تظهر عليه أخاديد طولانية واحتفارات نقطية. كما تظهر خطوط بو Beau العرضائية التي يتوافق ظهورها وهجمات التكزز، وقد تحدث تصبغات تشبه الكلف. وقد تشاهد القوياء الحللية الشكل تصبغات تشبه الكلف. وقد بثور عقيمة ترافقها حمى وانسمام - وترتبط بالحمل ونقص كلس الدم والتكزز. وتزول الأعراض السابقة بتصحيح ونقص كلس الدم والتكزز. وتزول الأعراض السابقة بتصحيح

أما قصور مجاورات الدرق الأولي مجهول السبب فترافقه أعراض خلل الوريقة الخارجية، ويتميز بحدوث داء المبيضات الجلدي المخاطي المزمن في ١٥٪ من المرضى وهو يسبق ظهور القصور يسنوات، ويتظاهر هذا الداء بخمج المبيضات في المفم والشفتين والمهبل والعجان والأظفار وآفات تشبه سعفة البسد على الألبتين والمبطن، ولا تتراجع هذه الأعراض باستعادة قيم كلس الدم الطبيعية؛ ذلك لأن المرض ينجم عن خلل مناعى في المناعة الخلوية.

وتحدث الأعراض الجلدية السابقة في قصور مجاورات العرق الكاذب باستثناء داء البيضات الجلدي المخاطي ويكون للمرضى صفات شكلية مميزة.

# ٤- أمراض الكظر:

## أ- أعراض قصور الكظر:

قد يكون قصور الكظر أولياً - وهو الأكثر شيوعاً - أو ثانوياً ناجماً عن علاج مديد بالستيروليدات السكرية بمقادير عالية، وقد ينجم عن التهابات أو أخماج أو ارتشاحات ورمية.

ينجم قصور الكظر بداء أديسون Addison's disease الذي يعرف بأنه قصور كظر أولي – عن التهاب مناعي ذاتي وذلك بتشكل أضداد ذاتية تؤدي إلى تخربه؛ مما يؤدي إلى نقص إفراز الهرمونات الكظرية القشرية السكرية والمعدنية ويتظاهر سريرياً بأعراض عامة: وهن وإعياء واكتئاب وإسهالات ونقص وزن وقمه وغثيان وهبوط ضغط وغشي ونوبات أديسونية (انخفاض ضغط وصدمة وهبوط سكر دم وفرط بوتاسيوم الدم وشره للملح)، ويصاب الجلد بالتصبغ وفرط الناجم عن فرط إفراز البيتيدات المحرضة للملانين

الذي يناسب شدة الإصابة، ويشتد اصطباع المناطق الداكنة في الجسم، وينتشر على المناطق العرضة للضياء كالوجه والبدين، وأماكن الاحتكاك كالسطوح المصلية، والثنيات الراحية والمخاطيات، والوحمات، يميزه اصطباع الندبات التي تحدث بعد الإصابة به دون الندبات القديمة ولا يتراجع هذا الاصطباع من تلك الندبات بعد التصحيح الهرموني كما قد يحدث بهق بنسبة ١٥٪ من الحالات، إضافة إلى فرط تملّن أظفار خطي، وجفاف جلد معمم، وتتراجع الأعراض بتصحيح العوز الهرموني لكن الندبات المصطبغة تبقى.

ب- فرط نشاط الكظر:

• داء كوشنغ، ومتاكزمة كوشنغ Cushing's disease and:

داء كوشنغ، ومتاكزمة كوشنغ Cushing's syndrome بصبب فرط إفراز قشر

الكظر أو بسبب تناول ستيرونيدات قشرية.

التظاهرات السريرية متشابهة في الحالين وتشمل السمنة المجذعية المعروفة بسنام (البوفالو) ونحول الأطراف، والوجه الممتلئ (السحنة البدرية). أما من الناحية الجلدية فيضعف تركيب المغراء (الكولاجين) والسكريدات المخاطية لذا تظهر الخطوط الضمورية ولاسيما على الأطراف، كما يصبح الجلد ضامراً وهشاً مع توسع الشعيرات الدموية إضافة إلى سهولة تكدمه، كما يتأخر التثام الجروح. يحدث تساقط الشعر، كما تظهر اندفاعات عدية وتكون بثرية لا زؤانية متوضعة على الوجه والجذع (العدا الستيروتيدي) وترافقها شعرانية وعلامات الاسترجال، وزيادة في حدوث الأخماج الجلدية الفطرية والخمائرية.

العلاج جراحيّ في الحالات الناجمة عن أورام غدية نخامية ثم الإعاضة بالهرمونات المفقودة، ودوائيّ في حالات فرط التصنع النخامي.

• شرط تنسيج الكظر الولادي congenital adrenal وينجم hyperplasia مرض وراثي، وراثته جسدية متنحية، وينجم في ٩٥٪ من الحالات عن طفرة في مورثة تضبط الإنزيم ٢١ هيدروكسيلاز التي تؤدي إلى عوزه وبالتالي ظهور أعراضه التي تبدأ في الملفولة بأعراض نقص الكورتيزول ونقص الأدوسترون إضافة إلى أعراض جنس ملتبس، استرجال في الإناث ويلوغ باكر في الذكور.

مخبرياً يوجد ارتضاع سلفات الديهدروابي أندروسترون و١٧ هيدروكسي بروجسترون المسل، و١٧ كيتوستيرونيد البول.

قرط تنسج الكظر الولادي ذو البدء المتأخر، يتظاهر
 في الإناث بعد البلوغ بأعراض شعرانية بسبب نقص جزئي
 في فعالية الإنزيم. ويعالج بإعطاء الكرتيزول لتثبيط إفراز

الحاثة الكظرية.

كما أن هناك أنماطاً أخرى تحدث في إصابة إنزيمات أخرى ولكنها أقل حدوثاً.

# ٥- أمراض المعثكلة (البنكرياس):

أ- يتظاهر سرطان الخلايا ألفا المفرز للغلوكاغون بمتلازمة الفلوكاغونوما glucagonoma، وتتألف من التهاب جلد حاد يشاهد في ٩٠٪ من الحالات، هو الحمامى المنخرة الهاجرة، إضافة إلى السكري أو عدم تحمل السكر ونقص الوزن.

# ب- الداء السكري:

# (١)- التظاهرات الجلدية في الداء السكري:

تحدث أعراض جلدية في ٣٠٪ من المصابين بالسكري في مرحلة ما من سير المرض، يحدث بعضها بسبب الأخماج أو الاضطرابات الوعائية أو الاستقلابية الغذائية أو بسبب الأدوية ويبقى بعضها الأخر مجهول السبب.

- تسمك الجلد؛ يكون الجلد سميكاً على نحو عام، كما يكون جلد ظهر اليدين شمعياً قاسياً شاحباً مع تحدد حركة المفاصل بخاصة في السكري المديد المعتمد على الأنسولين (متلازمة اليد السكرية، علامة الصلاة). وقد تحدث الوذمة الصلابية السكرية (ارتشاح على الظهر والعنق والكتفين في ٥, ٢-١٤٪ من السكريين)، وقد يحدث تسمك الصفاق الراحي أيضاً (انكماش دوبيتران)، يحدث أحمرار الوجه خاصة في ذي الجلد الأشقر، واصفراره في الكاروتينيمية.
- الحكة: كانت تعد سابقاً من أعراض السكري النموذجية
   وتحدث في السكريين بنسبة ٣٪ فقط. تعزى لجفاف الجلد
   أو لإصابة جرثومية بالعقديات أو لإصابة خمائرية في
   المنطقة الفرجية الشرجية في السكري غير المضبوط.
- الأخماج الجلدية في الداء السكري: تحدث في ٢٠-٥٠ من حالات السكري غير المضبوط خاصة النموذج الثاني منه، ويصاب السكريون بالقوباء والتهاب الأجربة الشعرية والدمامل والجمرة الحميدة والحمرة والتهاب الهلل والوذح والتهاب اللفافة الناخر، كما تتضاعف القرحات السكرية بالأخماج الثانوية، وتحدث التهابات الأذن الخارجية بالزوائف، وتزداد الإصابات بالمبيضات البيض في المخاطية بالنوائف، وحول الظفر والمنطقة التناسلية والثنيات، ويسعفة القدم والأظفار.

تجب معالجة السعفة القدمية بسرعة على نحو جيد في السكريين لأن التعطين والتشقق يصبحان باباً لدخول الجراثيم.

• اعتلال الجلد السكري أو تبقع الساقين dermopathy, shin spots وهو الأكثر شيوعاً إذ يصل إلى ولا خاصة عند الرجال فوق سن الخمسين، ويتظاهر بشكل حطاطات متعددة حمر وسفية باهتة بيضوية الشكل غير منتظمة بقطر ٥, ١-١سم، تتطور لتتحول إلى بقع ضمورية مصطبغة بالهيموسيدرين. تبدو أماكن ظهورها في الوجه الأمامي للساقين والكعب الوحشي وأحيانا النراعين والفخذين وتكون متناظرة (الشكل ١٤). وآلية حدوثها غير أو البرودة شأن في ذلك، وترجح آلية التهاب الأوعية الدقيقة أو التي يرافق حدوثها اعتلالات سكرية أخرى في الشبكية والكلية والأعصاب مما يدعو إلى تحري هذه الأعضاء، ولا يوجد لها علاج فعال ولا تتأثر بضبط السكر.

# (٢)- اعتلال الأعصاب السكري والقرحات السكرية:

يسبب اعتلال الأعصاب العديد في الأعصاب الحركية حدوث تحت خلع في مضاصل الأصابع وانزياح الوسادة العقبية، في حين يسبب اعتلال الأعصاب الحسية شعوراً بالخدر والنمل مع حس حرق وثقل في القدمين يشتدان



الشكل (١٤) اعتلال جلد سكري على الساقين



الشكل (١٥) قرحة قدم سكرية (الداء الثاقب).

ليلاً عند الاضطجاع - تشاهد القدم السكرية نتيجة الاعتلال العصبي (ضعف الحس والتنبه للرضوض المؤذية) والوعائي والمناعي وضعف التثام الجروح بشكل قرحات ثاقبة (الداء الثاقب) وهي قرحة نافذة بطيئة السير غير مؤلة تحدث على نحو خاص على مناطق الضغط في القدم، حيث يظهر شثن ثم تقرح أعمق مما يبدو (الشكل ١٥)، وقد تحدث فقاعة نزفية وتصبغ الجلد بالأحمر، ويكون الطرف بارداً فاقداً الحس، وقد يؤدي إهمال القدم السكرية وإزمانها إلى الإصابة بذات العظم والنقي.

ينقص التعرق بإصابة الأعصاب الذاتية وقد تظهر وذمات وحمامي وضمور.

ويجب إيلاء القدم السكرية عناية خاصة، كما ينصح المرضى بالعناية اليومية بالقدمين وذلك بالغسل والتجفيف وتجنب الحروق والرضوض والجروح الناجمة عن الأحذية أو عن استعمال أدوات حادة.

 الفقاعات السكرية: تحدث في السكريين فقاعات غير ناجمة عن رض خاصة على البدين والقدمين، تتصف تلك الفقاعات بقاعدتها غير الحمامية وتشفى من دون تندب.

يزداد حدوث بعض الأمراض الجلدية في السكريين مثل الأدواء الثاقبة المكتسبة والحزاز المسطح والصفرومات الطفحية بسبب ارتفاع الشحوم الثلاثية والبهق.

# (٣)- الشواك الأسود:

يشاهد في الداء السكري ويرتبط بمقاومة الأنسولين، سيرد بحثه في فقرة التظاهرات الجلدية المواكبة للخباثة.

# (1)- البِلَى الْفَيْزِيولُوجِي أَوِ النَّحْرِ الشَّحَمَانِي الْحَيْوِي (السكري) (necrobiosis lipoidica (diabeticorum)

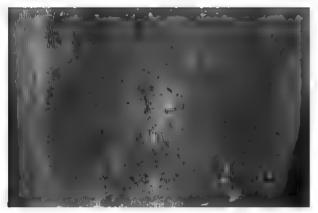
يرى في السكريين بنسبة ٣, ١-٦٠ الله وجد السكري في السكرين بنسبة ١, ١-٦٠ الله وجود عدم في ١١-٥٠ من المسابين بهذا النخر، إضافة إلى وجود عدم تحمل السكر أو قصة عائلية أو تطور السكري لاحقاً. تحدث الإصابة في أي عمر ولاسيما بين العقدين الثالث والخامس، ونادراً في الطفولة، وهو في النساء ٣ أضعاف ما هو عليه في الرجال.

يتظاهر سريرياً بلويحات حمامية باهنة، وحيدة أو متعددة، ذات حواف مرتفعة وواضحة، سطحها أملس، تتحول فيما بعد إلى اللون البني المصفر مع توسعات أوعية شعرية، أما مركز اللويحات - التي تتسع محيطياً مما يؤدي إلى الدماج بعضها بالآخر- فيكون ضامراً، وقد تتقرح (الشكل ١٦). توضعها المألوف على الوجه الأمامي للساقين والكعب الإنسي وقد تظهر على الدراعين أو اليدين أو البطن أو الوجه، وتكون لاعرضية وأحياناً فاقدة الحس أو تكون مؤلمة حين تتقرح (الشكل ١٧).

الألية: يرجح أن تكون الألية التهاب أوعية دقيقة أو آلية



الشكل (١٦) النخر الشحماني الحيوي في الداء السكري



الشكل (١٧) النخر الشحماني الحيوي - البلى الفيزيولوجي-. مناعية، تتميز بسيرها المزمن وقد تشفى تلقائياً.

يشاهد البلى الفيزيولوجي في أمراض أخرى سوى السكري مثل داء كرون والمجازة الصائمية والحبيبوم الحلقي والساركوئيد.

المالجات: متنوعة نضم ستيروئيدات موضعية تحت ضماد كتيم أو بحقنه ضمن الأفة خاصة على محيطها، أو إعطائها عن طريق الفم، والبوفا، والليزر الصباغي للتوسع الوعائي، ونيكوتيناميد بجرعة عالية، وكلوروكوين، وذكرت معالجات متنوعة أخرى.

# (ه)- الحبيبوم الحلقي granuloma annulare:

له عدة نماذج سريرية: الموضع والمنتشر والشاقب وتحت الجلد، يحدث في الإناث بنسبة ضعفي ما يحدث في الذكور ويصيب كل الأعمار، ولا يصيب الخاطيات.

الشكل الموضع: هو الأكثر شيوعاً، ويبدو بشكل حطاطات صغيرة ملس بلون الجلد أو حمامية تصطف معاً بشكل حلقي، تكبر الحلقات تدريجياً بشكل نابذ (الشكل ١٨). وقد تكون وحيدة أو متعددة. وعلى الرغم من أن توضعه الانتقائي هو على اليدين والقدمين والأصابع قد يظهر في أي مكان ويكون لاعرضياً.

 الشكل المعمم أو المنتشر؛ يؤنف ٩, ٨٪ من الحالات، تشاهد فيه حطاطات بلون الجلد قد تتخذ الشكل الحلقي وقد تكون حاكة، تنتشر على الجذع والأطراف وهو الأكثر ترافقاً للسكري.

أما في الشكل الثاقب فتبدو الحطاطات ذات مركز أصفر ينزّ منه سائل الزج رائق يجف تاركاً جلبة تسقط مخلضة فرط تصبخ أو نقص تصبخ يكون موضعاً أو معمماً.

الشكل تحت الجلد غير شائع ويحدث خاصة في الأطفال. يسير الحبيبوم الحلقي نحو الشفاء التلقائي خلال سنتين في نصف الحالات من دون تندب خاصة في الشكل



(الشكل ١٨) الحبيبوم الحلقي.

الموضع، وينكس في الموقع نفسه في 44٪ من الحالات. يعزى الشفاء أحياناً إلى أخذ خزعة منه، لكن ذلك غير مثبت.

الآلية: هي ارتكاسية للعديد من المحرضات كاللدغ ومكان حقن لقاح والشمس والبوفا (شكل معهم) والأخماج الفيروسية مثل التهاب الكبد C أو فيروس نقص المناعة البشرية المكتسب. وقد يرافقه النخر الشحماني، وذكر ترافقه لالتهاب الدرق المناعي الناتي والفدوم الدرقي السمي والساركوئيد. ومع أن علاقته بالسكري غير مثبتة يجب التحري عنه أو إجراء اختبار تحمل السكر خاصة في الشكل المعمم.

أما صفاته النسجية فمميزة وتتجلى بحبيبوم النخر الحيوي الذي يتوضع في الأدمة محاطاً بمنسجات ولفاويات ويتوزع سياجي غالباً، مع خلايا عرطلة، وقد توجد توضعات مخاطين.

ليس له معالجة نوعية ويترك للشفاء التلقائي خاصة في الأطفال، ويمكن إعطاء ستيروئيدات موضعية أو حقنها ضمن الأفة أو يعالج معالجة قرية أو يحقن الإنترفرون الموضعي أو الإيميكيمود أو التاكروئيموس الموضعي، ويعالج الشكل المنتشر بالـ PUVA والرتينوئيدات الضموية والسيكلوسبورين ومضادات الملاريا.

# (٦)- الأعراض الجلدية الناجمة عن معالجة السكري:

يسبب الإنسولين ارتكاسات جلدية موضعة في موقع الحقن كالأحمرار والشرى خلال نصف ساعة، لكنها تزول بعد ساعة وقد يحدث ارتكاس معمم، أما الارتكاس الأكثر

شيوعاً فهو الارتكاس الآجل الذي يحدث بعد أسبوعين من بدء استعمال الأنسولين متجلباً بعقيدة حاكة تدوم أياماً ثم تشفى من دون تصبغ، وقد قلً حدوثها باستعمال الإنسولين النقي.

يحدث الشمور الشحمي الإنسوليني مكان الحقن وهو مجهول الآلية لكنه نادراً ما يتراجع تماماً.

وذكرت اندفاعات جلدية نتيجة لخافضات السكر الفموية من الجيل الأول للسلفونيل يوريا مشل الحمامى والشرى والحساسية الضيائية والاندفاع الحزازي والحمامى المتعددة الأشكال والحمامي العقدة والتهاب الجلد التوسفي.

سابعاً- الأعراض الجلدية في أمراض الجهاز الهضمى:

هناك العديد من الأمراض التي تشترك فيها إصابة الجلد وإصابة الجهاز الهضمي، كإصابة الفم في بعض الأمراض الفقاعية، ومنها انحلال البشرة الفقاعي الحثلي الذي قد يؤدي إلى تضيق المريء وتندبه، واتحلال البشرة النخري السمي ومتلازمة ستيفنس جونسون. وكذلك أمراض الغراء كالصلابة الجهازية والتهاب الجلد والعضل. ويحدث الألم البطني في الوذمة العرقية العصبية، وفي داء المنطقة حين يصيب الأعصاب الظهرية ١-٦، وكذلك في متلازمة هينوخ شونلاين حيث يترافق آلم البطن مع غثيان وإسهال مدمى.

اتهمت الملوية البوابية (الهيليكوباكتر) على أنها عامل مسبب في بعض الأمراض الجلدية كالشرى المزمن والعد الوردي وداء سويت، والحمامي عديدة الأشكال والحاصة البقعية والحكة المزمنة والأكال العقيدي والتهاب الجلد التأتبي والنمي.

ترافق بعض سرطانات جهاز الهضم مؤشرات جلدية، كالشواك الأسود في سرطان المعدة، والحمامي المنخرة الهاجرة في الغلوكاغونوما، والثغان tylosis في سرطان المريء ضمن متلازمة هاول إيضائز، ويرافق عسر تقرن النهايات لبازكس سرطان هضمي علوي. كما قد تكون لبعض سرطانات جهاز الهضم انتقالات جلدية.

## ١- حالات سوء الامتصاص:

يعرف ارتباط الغاء الزلاقي بالتهاب الجلد الحلئي (الهريسي)، وذكر حديثاً علاقته مع الصداف، ويحدث التهاب جلد النهايات المعوي المنشأ بسبب نقص امتصاص أملاح التوتياء (الزنك).

## ٧- الداء الموي الالتهابي:

يضم داء كرون والتهاب القولون القرحي ومتلازمة المجازة المعوية.

تتشابه الأعراض الجلدية المرافقة لكل من داء كرون والتهاب القولون القرحي وتتظاهر بشقوق ونواسير غير مؤلة وتقرحات وعقيدات وإصابات حبيبومية فموية وعجانية جلدية واندفاعات بثرية وحمامي عقدة وحمامي عديدة الأشكال وتقيح الجلد المواتي (الشكل ۱۹) وتقرحات قلاعية فموية والتهاب شفة حبيبومي ووذمة عرقية، كما ذكر حدوث الصدف مع داء كرون والتهاب القولون القرحي والداء الزلاقي.

متلازمة المجازة المعوية كانت تعرف بمتلازمة العروة العمياء blind loop syndrome ويفضل حالياً تعبير متلازمة bowel-associated ويفضل حالياً تعبير متلازمة bowel-associated إذ تحدث بعد أيام من والمتاصل المراحي عراض عامة تشبه أعراض الخنان إجراء العمل المجراحي اعراض عامة تشبه أعراض الخنان (الإنفلونزا) والتهاب المفاصل والأوتار إضافة إلى الآلام العضلية والتهاب الملية، كما تظهر أفواج من حطاطات بثرية على قاعدة فرفرية وحطاطات صغيرة مرتشحة من التهاب الأوعية المذخرية المؤلمة تتوضع على الجذع والأطراف (منطقة الدالية)، تستمر هذه الأعراض أسبوعين، وقد تعاود، وتتهم الجرثومي في لمعة المعي وتشكل معقدات مناعية. كما ذكر الجرثومي في لمعة المعي وتشكل معقدات مناعية. كما ذكر



الشكل (١٩) تقيح الجلد المواتي

حدوثها مع داء كرون والتهاب القولون القرحي. تعالج بالتتراسيكلين والمترونيدازول والدابسون أو بالإصلاح الجراحي.

# ٣- الأعراض الجلدية المرافقة لأمراض الكبد:

1- الحكة: عرض مهم في أمراض الكبد إذ تحدث في التشمع الصفراوي الأولى (١٠٠٪ من المرضى) والتهابات الكبد وانسدادات الطرق الصفراوية والركودة الصفراوية، وأقل من ذلك في التشمع الصباغي والكحولي والتهاب الكبد المناعي المزمن الفعال. وتكون على أشدها في النهايات لكنها تعف عن منتصف الظهر وتتفاقم ليلاً كما تختفي بتدهور الوظيفة الكبدية. الألية غير معروفة تماماً وهناك معالجات عرضية متعددة للحكة الناجمة عن الركودة الصفراوية كالمطريات والستيروئيدات الموضعية والريفامبين والكولسترامين وفصادة المصورة خارج الجسم، والأشعة فوق البنفسجية ب وnaltrexone وزرع الكبد في الحالات المتقدمة العندة.

ب- التصيفات: يشاهد البرقان في الجلد ويبدأ من الصلبة قبل أن يتعمم وهذا ما يميزه من الكاروتينيمية، وقد يبدو لون الجلد ترابياً رمادياً في التهاب الكيد المزمن بسبب فرط التملن وهو شائع في التشمع الصفراوي الأولي الذي قد يكون العرض الكاشف، أما تلون الجلد باللون البرونزي فيكون مميزاً للتشمع الصباغي (صباغ دموي).

ج- التغيرات الوعائية الجلدية: تتضمن العنكبوت الوعائي الذي يشاهد في أمراض الكبد المزمنة الشديدة، والحمامى الراحية المشاهدة في تشمعات الكبد وتوسع أوردة جدار البطن والصدر في ارتفاع توتر وريد الباب. كما تظهر كدمات بسبب نقص الفيتامين K واضطراب التخثر.

د- تغيرات الأظفار والشعر، يتساقط الشعر ويصبح رقيقاً، وقد يصبح شعر العانة أنثوي التوزع في الذكور بسبب الخلل الهرموني المرافق لبعض الأمراض الكبدية. ويتفاقم تساقط الشعر بوجود نقص التوتياء (الزنك) المرافق، وتصبح الأظفار بيضاً في القسم الداني وحمراً في القسم القاصي (أظفار تيري) كما يصبح الهليل بلون أحمر في التشمع وأزرق في التنكس العدسي (داء ويلسون). وتكون الأظفار محدبة أو مصطحة أو مقعرة بسبب نقص التغذية ونقص الحديد المرافق للداء الكبدي.

وتحدث البرفيريا الجلدية الأجلة في أمراض الكبد المزمنة والتشمع الكحولي، وقد يشاهد الحزاز المسطح والصفرومات في التشمع الصفراوي الأولى.

#### التهاب الكبد:

يحدث في التهاب الكبد الحاد الشيروسي A شرى ويرقان أو طفح جلدي، أما في التهاب الكبد البائي B فيحدث الشرى والحكة والحمامي اللا توعية أو أعراض تشبه داء المصل (٢٠- ٣٠) وودمة عرقية وحمامي عديدة الأشكال أو حمامي عقدة والتهاب الشرايين العقد والتهاب الأوعية بالغلوبولينات القرية وتقيح الجلد المواتي والحزاز المسطح والتهاب الجلد والعضل ومتلازمة جيانوتي كروستي أو العلفح الحطاطي الطفلي على النهايات الذي يتظاهر بحطاطات على الخدين والركبتين والأليتين والأطراف يدوم ٢-٨ أسابيع.

يرافق التهاب الكبد C غلوبولينات قرية مختلطة والتهاب أوعية كاسر للكريات البيض وتزرق شبكي وحزاز مسطح وحكة، كما تحدث البرفريا الجلدية الأجلة في (٦٣-٨٣٪) من الرضى المعابين بخمج القيروس C.

## ٤- أمراض المثكلة (البنكرياس):

يحدث التهاب السبلة الشحمية panniculitis المعثكلي في التهاب المعثكلة أو ورم المعثكلة، وذلك نتيجة التضعيل المبكر للإنزيمات المعثكلية الذي يؤدي إلى تقوض الشحم تحت الجلد مما يؤدي إلى حدوث عقيدات حمامية التهابية قد تكون مؤلة، تتوضع على الجذع والأطراف، وتدوم ٢-٣ أسابيع ثم ترتشف من دون تندب مع بعض التصبغ. كما تحدث كدمات حول السرة أو الخاصرة في التهاب المثكلة الحاد.

تشاهد في سرطان خلابا ألضا المشكليية متلازمة الغلوكاغونوما glucagonoma (ورد ذكرها).

# ثامناً.. التظاهرات الجلدية في الأمراض الكلوية:

يتأثر الجلد كباقي أجهزة الجسم بأمراض الكلى على نحو مباشر أو غير مباشر، وقد يكون التظاهر الجلدي كاشفاً لرض كلوى.

ا- يتبدل مظهر الجلد في القصور الكلوي المزمن فيصبح
 جافاً شاحباً بسبب فقر الدم، كما يبدو مصفراً بسبب توضع
 الكاروتين والصباغ اليوريميائي، ويصطبغ باللون البئي في
 المناطق المعرضة للضياء بسبب فرط إفراز الميلانوكورتين B.

٧- تحدث الحكة على نحو عام في المصابين بالقصور الكلوي المزمن وقد يكون السبب جفاف الجلد الناجم عن تناقص التعرق وخلل استقلاب الفيتامين أ. كما تتهم في حدوث الحكة زيادة الهستامين وارتفاع كلس الدم بسبب فرط نشاط مجاورات الدرق الثانوي. يؤدي الحك إلى حدوث تسحجات وتحزز. وتحدث الحكة بنسبة أعلى في مرضى التحال (١٠-٩٠) وقد تكون مستمرة، وقد تحدث في أثناء

إجرائه أو بعده بقليل وقد تشتد بعد جلسة التحال مباشرة.

العلاج: يعالج هذا النمط من الحكة بالمطريات ومضادات الهيستامين والسستيسوفيدات الموضعية، وقد يضيد الإريثروبويتين أو UVA أو استنصال مجاورات الدرق تحت الشام. ذكر أيضما المليدوكائين الوريدي والهيساريسن والكولسترامين والتاكروليموس الموضعي، وزرع الكلية.

٣- الأدواء الثاقية المكتسبة: تتظاهر بحطاطات مسررة منقرنة مغطاة بجلبة في مركزها، تتوضع على الجذع والأوجه الانبساطية للأطراف. تحدث هذه الأدواء في القصور الكلوي المزمن وفي السكري وهي أكثر شيوعاً في السود، كما تشاهد في ١٠٪ من مرضى التحال.

السبب مجهول ويعتقد أنه اعتلال أوعية دقيقة سكري المنشأ أو أنه الرض الخفيف الناجم عن الحك أو أنه خلل كولاجيني أو التهاب موضعي أو خلل في استقلاب فيتامين أ أه د.

يقوم العلاج على تخفيف الحك بإعطاء الستيروليدات موضعياً أو ضمن الأفة أو باستعمال الرتينوليدات موضعياً أو فموياً أو بتطبيق العلاج القري أو الأشعة فوق البنفسجية.

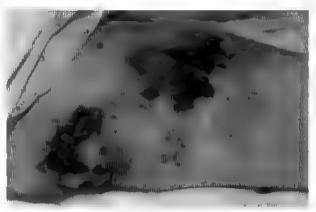
4- الداء الفقاعي المرافق للتحال bullous disease of الداء الفقاعي المرافق للتحال dialysis يحدث الداء الفقاعي في ٨-٨ ٪ من مرضى التحال إذ تظهر أفواج من فقاعات صغيرة على الأوجه الانبساطية للذراعين وعلى ظهر اليدين، وقد تشاهد دخنيات وندبات وفرط تصبغ تال. علما بأن هذا الداء هو برفيريا جلدية أجلة أو برفيريا كاذبة (يكون البرفيرين طبيعيا) وقد يرافقه التهاب كبد C. تقوم الوقاية على تجنب التعرض للضياء والعوامل المحرضة، أما العلاج فيكون بالإريشرويويتين والفصادة للبرفيريا الأجلة المرافقة.

وتحدث كذلك في المصابين بالقصور الكلوي المزمن المهمل قرفريات وكدمات بآلية صفيحية. كما يشاهد الظفر المتناصف الذي يصبح فيه النصف القريب أبيض كامداً أما النصف البعيد فبلون أحمر بئي (ظفر Lindsay).

7- تحدث تكلسات جلدية نقائلية في القصور الكلوي المرزات الكلس المرزمن بسب خلل استقلاب الكلس، إذ تترسب بلورات الكلس في الجلد مشكلة عقيدات (الكلاس الجلدي) على المناصل ورؤوس الأصابع، وقد تخرج منها مادة طباشيرية، وهذه المقيدات غير خطرة وتزول بإصلاح كلس الدم، ويمكن استنصالها جراحياً.

calcific uremic المريئات اليوريميالي المكلس المتلال الشريئات اليوريميالي المتلال المت

(الكالسيفيلاكسيس) calciphylaxis حالة نادرة خطرة في المصابين بالقصور الكلوي المزمن تشاهد في ا-4٪ منهم، وتسبب نسبة وفيات عالية. يظهر فيها التزرق الشبكي ولويحات فرفرية مؤلة متناظرة لا تلبث أن تتنخر بعد ذلك، وتتوضع على البطن والأليتين والفخذين خاصة في السيدات (الشكل ٢٠). وآليتها حدوث تكلس أوعية وما حولها وتشكل خثرات وبالتالي تنخرها. لا علاقة لهذه الحالة



الشكل (٢٠) فرط الحساسية الجهازية للكلس (الكالسيفيلاكسيس)

بالتحال، وقد يرافقها التليف الجهازي كلوي المنشأ. تؤهب لحدوث هذا الاعتلال عوامل متعددة هي: فرط مجاورات الدرق الثانوي وارتفاع كلس وقوسفور الدم وارتفاع الألمنيوم في المصل والسكري والبدائة وأمراض الكبد والعلاج بالكورتيزون والوارفرين وعوز البروتين C أو S.

العلاج: يقوم على تنضير الأفات الجراحي، وينصح المحول المأنجيوتنسين ومتلازمة أضداد الفوسفوليبيد، وحديثاً عزي إلى اله gadolinium المستعمل في التصوير بالرنين المفنطيسي التسبب في إحداث هذا المرض في مرضى مصابين بقصور كلوي (٢,٤٪)؛ لذا ينصح بتفادي استعماله فيهم. لا يوجد علاج مجد معروف، ويفيد كل من الستيروئيدات الموضعية والجهازية والسيكلوسبورين وكابتات المناعة وفصد البلازما خارج الجسم مع الأشعة فوق البنفسجية البلازما خارج الحسم مع الأشعة فوق البنفسجية والتاليدوميد في الحالات الحديثة.

٩- الأعراض الجلدية في حاملي الكلى المزروعة: يشفي
 زرع الكلية معظم أعراض القصور الكلوي المزمن ولكن تناول
 كابتات المناعة يؤدي إلى زيادة حدوث أخماج جلدية فيروسية



الشكل (٢١) التليف الجموعي كلوي المنشأ



الشكل (٢٢) التليف المجموعي كلوي المنشأ

وجرثومية وفطرية، كما يزداد ظهور الثاليل والتقرنات السفعية والسرطانة حرشفية الخلايا وساركوما كابوزي. ويجب أن يستعمل هؤلاء المرضى واقيات الشمس الخاصة توخياً للإقلال من حدوث هذه السرطانات.

## تاسعاً- الأعراض الجلدية في الأمراض الدموية:

الأمراض الدموية تظاهرات في الجلد وملحقاته والخاطيات قد تكون مشخصة لها.

يظهر شحوب جلدي حين يحدث فقر الدم ويتدنى الخضاب إلى أقل من ٤غ/دل.

احقر الدم بعوز الحديد: تحدث حكة معممة وتقصف الأظفار، وقد تتقعر (أظفار ملعقية) ويحدث التهاب الصوارين والتهاب اللسان الضموري، كما يجف الجلد ويتقصف الشعر ويتساقط.

۲- فقر الدم بالخلايا العرطئة؛ يحدث التهاب لسان ضموري والتهاب شفة، وقد يرافق فقر الدم الخبيث أمراض جلدية أخرى كالبهق أو أمراض درقية أو داء أديسون حيث تشاهد تصيفات جلدية.

٣- وتحدث قرحات الساق في ققر الدم المنجلي كما يتلون
 الجلد بالهيموسيدرين.

ومما يجدر ذكره حدوث فقر الدم التالي لأمراض جلدية

مثل الأحمرية، أو التالي لمالجة بعض هذه الأمراض بالدابسون الذي يؤدي إلى الانحلال.

4- احمرار الدم الحقيقي polycythemia vera أو كثرة الكريات الحمر الحقيقية: له عدة تظاهرات جلدية منها احمرار الجلد واحمرار النهايات المؤلم وتنخر الأصابع والحكة وخاصة بعد ملامسة الماء، وتكون مضاجئة وشديدة، مستمرة ومترقية ولا تبدو فيها على الجلد أي تغيرات، ويجب تمييزها من الحكة العابرة التي تحدث بعد الاستحمام، وقد تستجيب هذه الحكة للعلاج بالأسبيرين أوالكولسترامين، ومضادات الهيستامين لا والبوقا والحديد الفموي.

قرداد الكريات الهيض في الأخماج والأحمرية والصداف
البشري والدخنية البشرية والحمامي عديدة الأشكال والعلاج
بالستيروئيدات، وقد ترتفع المعتدلات في داء سويت الذي
قد يرافقه الورم اللمفي (لمفوما) أو ابيضاض الدم (لوكيميا).

٣- أمراض الصفيحات: يسبب نقص الصفيحات الفرقريات حين ينخفض تعدادها إلى اقل من ٢٠ ألفاً/ملم.

ويهيئ فرط الصفيحات لخثارات أو نزوف وفرفرية مع تنخر أو من دون ذلك وتزرق شبكي وزرقة نهايات وظاهرة رينو والأباخس الزرق واحمرار النهايات المؤلم، وقد تحدث مهاتات.

# عاشراً- التظاهرات الجلمية الواكبة للخباثة:

هناك بعض الحالات الجلدية تحدث بوصفها تظاهرات الأورام خبيشة داخلية، تسمى التظاهرات المواكبية للخباثة paraneoplastic ، وهي تظهر مع نشوء الورم وتسير موازية له أو قد تسبقه في بعض الحالات، مع بقاء الأورام الخبيثة خفية لسنوات، ويسمح الإلمام بهذه المظاهر وكشفها بالكشف المبكر عن السرطان وينبه أحياناً إلى نكس الورم أو حدوث نقائل له.

#### ۱- الشواك الأسود acanthosis nigricans:

تطلق تسمية الشواك الأسود على مجموعة أربعة أنماط من الأمراض؛ يتصف النمط الأول منها بمواكبته الخباثات في حين تتصف الأنماط الثلاثة الأخرى بسلامتها وسيرها الحميد. وتشترك الأنماط السليمة بمعظم التظاهرات الجلدية التي غالباً ما تشير إلى مقاومة الإنسولين التي تعني عدم تناسب قيم سكر الدم الصيامي مع قيم الإنسولين الصيامي في المصل؛ مما يؤدي إلى ارتضاع إنسولين الدم. يحدث هذا المرض في كل الأعمار ويصيب الجنسين، ونسبة يحدث الملى في السود، ويتظاهر بشكل لويحات مخملية بنية إلى رمادية اللون توحى بمنظر الجلد المتسخ إضافة

إلى فرط التصنع المترافق وتصبغ وتحلم (الشكل ٢٣-أ). 
تتوضع هذه اللويحات على مناطق العنق (ثنية خلف العنق وجانبيه) والإبط والأعضاء التناسلية والمغبن وإنسي المخذين وثنية المرفق والمأبض والسرة وحول الشرج وقد تصيب المخاطيات. ويرافق المرض كذلك البدانة (٢٨٪) والداء السكري ومتلازمات غدية مثل متلازمة كوشئغ، وحالات ارتفاع الهرمون الذكري في النساء الذي يرافقه فرط إفراز دهني وشعرانية وحاصة ذكرية ومقاومة للإنسولين او متلازمة المبيض متعدد الكيسات. وقد ينجم عن تناول بعض الأدوية (مثل حمض النيكوتيني ومانعات الحمل والتستوستيرون...).



الشكل (۲۴-۱) شواك أسود



الشكل (٢٣-ب) شواك أسود مواكب للخياثة

والشواك الأسود المواكب للخباثات أقل مشاهدة من الشكل السليم، وهو سريع الظهور واسع الانتشار ويكون المصابون به أكبرسناً، يصيب المخاطيات (الشفتين والصوارين) (الشكل ٢٣-ب) وقد ترافقه مؤشرات أخرى مثل علامة ليزر تريلا على نحو مفاجئ) والتحلم الفلوريدي وفرط التقرن الراحي على نحو مفاجئ) والتحلم الفلوريدي وفرط التقرن الراحي أو الراحات المعوية tripe palms. آلية حدوثه غير محددة وقد تكون بسبب إفراز الخلايا الورمية بعض العوامل الخلطية.

والأورام التي ترافق الشواك الأسود غالباً ما تقع ضمن البطن (٧٠) وأكثرها من نوع السرطانة الغدية في المعدة (٠٥-٠٠٪) تليها الرحم والرئة والثدي والمبيض والكبد. وقد تسبق هذه الأورام الشواك الأسود أو ترافقه أو تتلوه ومعظمها شديدة الخبث أو غير قابلة للاستئصال حين كشفها. وذكر أن الشواك الأسود يزول باستئصال الورم أو علاجه ويعود للظهور حين حدوث النكس أو حدوث الانتقالات.

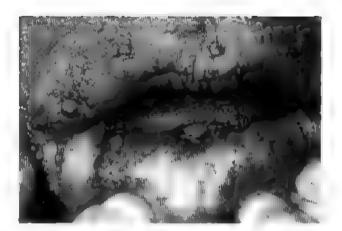
وحين تشخيص الشواك الأسود يجب البحث عن العوامل المؤهبة مثل: البدانة والقصة العائلية والأمراض الغدية مع مقاومة الإنسولين، كما يجب تحري الأورام حين يكون حديث الظهور بعد سن الأربعين أوحين يكون شديداً أو متوضعاً على المخاطبات.

# acrokeratosis الثواكب للخياشة paraneoplastica .

أ- متلازمة بازكس Bazex syndrome: هو مرض نادر، يصيب الرجال أكثر من النساء، ويتصف بظهور اندفاعات حمامية بنفسجية وسفية صدافية الشكل متناظرة على الأطراف واليدين والقدمين والأنف والأذنين، وقد يمتد للوجه والمرفقين والركبتين، قد تكون حاكة، كما يحدث فرط تقرن راحي أخمصي. وتصبح الأظفار مفرطة التقرن إضافة إلى حدوث فرط تقرن تحت الظفر الذي يكون سطحه مفتتاً وقد يفقد الظفر بالكامل.

تترافق متلازمة بازكس مع سرطان خبيث هضمي أو تنفسي، غائباً ما يتوضع في الحنجرة أو البلعوم أو اللسان أو الرئة، ونادراً في الموثة (البروستات) والمثانة، وتسبق هذه المتلازمة ظهور السرطان في ٦٧٪ من الحالات، وتزول بعلاجه وتعود للظهور حين نكسه. يمكن علاجها بالرتينوئيدات الفموية.

ب- متاكزمة الأورام العابية المتعددة wultiple hamartoma (أو متاكزمة كاوين Cowden's syndrome): مرض وراثي يورث وراثة جسدية سائدة، ينجم عن طفرة في المورثة PTENI على الصبغي العاشر، العرض الجلدي الأساسي فيه



الشكل (٢٤) متلازمة كاودن، حطاطات على المخاطيات.

هو أورام غمد الشعرة (تريكوليموما) المتعددة، وهي حطاطات بلون الجلد قد تتجمع كالحجارة المرصوفة حول الفم والأنف والأذنين والعينين ولا تصيب الجذع، وقد تصيب المخاطيات الفموية أيضاً (الشكل ٢٤)، كما تظهر حطاطات تشبه التأليل المسطحة على نهايات الأطراف، إضافة إلى حطاطات مسررة على الراحتين والأخمصين. ومن الأعراض الجلدية الأخرى لهذه المتلازمة، ورم شحمي وورم وعائي وورم عصبي ويقع قهوة بحليب وتملن النهايات.

قد تظهر الأعراض في الطفولة أو منذ الولادة حتى العقد الثالث أو الرابع.

ولدى المرضى المصابين تأهب أعلى للإصابة بسرطانات الثدي (٣٠-٧٥٪ من النساء) والدرق، وسرطانة الخلية الكلوية والرحم، وقد تحدث أحياناً مرجلات هضمية متعددة قد تؤهب للسرطانات.

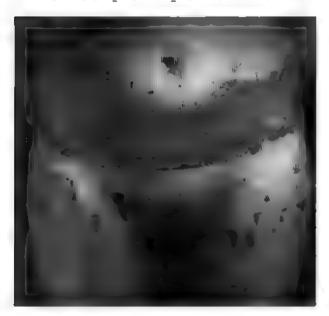
ج- متلازمة غاردتر Gardner's syndrome: مرض يورث وراثة جسدية سائدة يتوضع الخلل فيه على الصبغي الخامس وتحدث فيه مرجلات غدية معوية، يجب تشخيصه باكراً ما أمكن إذ يرافقه سرطان قولون قبل سن الأربعين لذلك يجب إجراء تنظير قولون لكشف الحالات باكراً. أما الأعراض الجلدية فيه فتتضمن كيسات بشرانية متعددة - تظهر في الطفولة على الوجه والعنق - وأوراماً ليفية وورم أم الشعرة، وتحدث أورام عظمية وتشوهات سنية وتصبغات عينية وقد تحدث أورام أخرى مثل سرطان العضج أو أورام صماوية وسرطان العرق وورم الأرومات الكبدية.

د- متلازمة هاول إيضائز Howel-Evans syndrome مرض وراثي بنمط جسدي سائد، يحدث فيه التقرن الراحي الأخمصي الذي يظهر في البالغين وسرطان المريء قبل عمر منة.

ه- الحمامى الهاجرة المتنخرة necrolytic migratory مرض جلدي التهابي يدخل ضمن متلازمة erythema مرض جلدي التهابي يدخل ضمن متلازمة الفلوكاغونوما لسرطانة خلايا ألضا المتكلية المضرزة للفلوكاكون، ويرافق هذا المرض أيضاً نقص التوتياء (الزنك) أو الحموض الدسمة الأساسية أو الحموض الأمينية.

يتظاهر سريرياً ببقع وحطاطات حمامية حلقية أو مقوسة قد تكون متوسفة أو عليها فقاعات لا تلبث أن تتسجج وتتنخر تاركة فرط اصطباغ (الشكل ٢٥)، وهي مؤلة وحاكة، تتوضع على المغينين والطرفين السفليين والجدع والوجه. لكنها أوضح ما تكون على ناحية حول الشرج أو حول الفم، وقد يحدث التهاب تسان وصوارين. علماً بأن الأفات الجلدية تزول عند استئصال الورم المتكلى.

وقد تكون انتقالات السرطانة قد حدثت حين ظهور الحمامي وذلك في ٧٥٪ من المسابين بمتلازمة الغلوكاغونوما؛ لأن تشخيصها غائباً ما يأتي متأخراً في سياق السرطان.



الشكل ٢٥) الحمامي المنخرة الحالة (الغلوكاغونوما).

و- السماك المكتسب acquired ichthyosis: يظهر هذا الشكل المكتسب الذي لا علاقة له بالوراثة في كبار السن، في حين تظهر الأشكال الأخرى من السماكات ذات المنشأ الوراثي منذ الولادة أو بعد الولادة بقليل.

يتظاهر السماك المكتسب بشكل فرط تقرن مع تراكم الوسوف على الجلد مشبهاً جلد السمك. وقد يكون هذا الشكل المكتسب مؤشراً على الخباثة كما أنه يشبه شكل السماك الوراثي سريرياً ونسجياً إذ تتراكم وسوف معينية بنية اللون على الجذع والوجوه الباسطة للأطراف. وغالباً

ما يكون الورم المرافق للسماك المكتسب للفوما هودجكين في ٥٠- ١٠ من الحالات، وقد ترافقه لمفوما الاهودجكينية والابيضاض وترافقه - في حالات أقل - أورام صلية في كل من الثدي والرثة والعنق. يظهر هذا الشكل من السماك بعد الورم وقد يسبقه وهو عادة يواكيه تماماً.

يرافق السماك المكتسب بعض الأمراض الجهازية كنقص المناعة المكتسب (إيدز) والساركوئيد والجذام إضافة إلى السرطان. الألية الإمراضية مجهولة والعلاج الأساسي هو علاج المرض الأولي وتقوم المالجة العرضية على تطبيق مطريات الجلد وحالات التقرن.

# ٣- قرط التقرن الراحي أو الشواك الأسود الراحي أو الراحة الموية الشكل:

يصبح الجلد في الراحتين مفرط التقرن وتبرز خطوط الراحتين وتشتد وضوحاً فتشبه بطانة معي البقر (الشكل ٢٦)، وهي تظاهرة مرافقة للأورام في أكثر من ٩٠٪ من الحالات لذا يجب دوماً البحث عن سرطان مرافق وغالباً ما يكون سرطان الرئة حين تكون الحالة مقتصرة على فرط التقرن، وسرطان العدة حين يرافقها الشواك الأسود، وغالباً



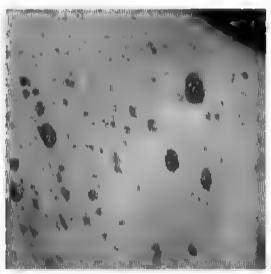
الشكل (٢٦) الراحة معوية الشكل

ما يكون المصابون متقدمين بالسن. ويمكن للأفة أن تسبق ظهور الورم في ٣٠٪ من الحالات أو قد ترافقه وترافق نكسه في ثلث الحالات، أي إنها موازية له في السير.

1- علامة ثير تريلا Leser-Trelat sign! هي علامة تشير إلى ازدياد التقرانات المثية في العدد والحجم على نحو مفاجئ (الشكل ٢٧)، فالتقرانات المثية تشاهد بنسبة عالية خاصة على الجذع ولا تتطلب علاجاً إلا لغايات تجميلية، لكن هذه الظاهرة تستدعي البحث عن ورم مرافق هو غالباً سرطان غدي معدي معوي وقد يكون سرطاناً لمفاوياً أو سرطان ثدي أو رئة أو مبيض أو رحم. تلك السرطانات التي قد تكون حاكة وقد يرافقها الشواك الأسود وتظهر قبل الورم وأحياناً بعده.

ب- الحمامي المستفة المؤاحشة repense عي مثال نموذجي لمواكبة الخباشة، تبدو الحمامي الزاحفة بشكل حلقات متراكزة ملتفة متعددة متداخلة تبدو كمقاطع جذوع الشجر، تتسع وتترقى بسرعة على الجذع والأجزاء الدانية من الأطراف وتكون متوسفة وحاكة بشدة، وتصيب الذكور بمثلي الإناث. والعمر الوسطي للإصابة ٢٣ سنة، كما يرافقها سرطانات في ٨٢٪ من الحالات هي سرطان البلعوم والرحم والثدي والعنق والبروستات والمجرى الهضمي، والورم النقوي العديد. تسبق هذه الحمامي الورم في ٨٠٪ من الحالات وتسير مواكبة له وتزول بعلاجه. وقد تحدث من دون وجود ورم.

ج- قرط الأشعار الرئيبي المكتسب hypertrichosis عير lanuginosa aquisita يظهر فيه شعر زغبي ناعم غير مصطبغ على الوجه وقد يظهر على الجسم والأطراف، وقد ترافقه أعراض أخرى مثل الشواك الأسود أو التهاب اللسان.



الشكل (٢٧) تقرانات مثية

يظهر فرط الأشعار الزغبي في مرحلة متأخرة من سير الورم وحين انتشاره وقد يسبقه، ويرافقه سرطان مؤكد هو سرطان الرئة يليه سرطان القولون في النكور أما في الإناث فهو سرطان القولون يليه سرطان الرئة والثدي ويرافق أيضاً سرطانات الرحم والمرارة والمثانة والبتكرياس والكلية والابيضاض. ويغلب ظهوره في الإناث معظمهن بين ١٠-٧٠ سنة، وقد تتراجع الشعرانية الزغبية في بعض الحالات مع علاج الورم.

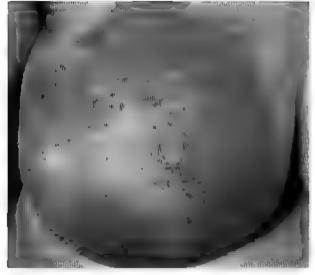
ه- داء باجيت (في حلمة الثدي) Paget's disease! يحدث دليلاً على سرطان في الثدي الوافق، ويظهر على الحلمة بشكل آفة مزمنة وحيدة الجانب، واضحة الحدود، متوسفة يمكن أن تكون نازة أو متقرحة، وقد تكون حاكة. تمتد للهالة وتشبه الأكزيمة التماسية أو التأتبية لكنها لا تستجيب للعلاج ولذا يجب فحص الثدي وأخذ خزعة من الأفة لفحصها، والموجودات النسجية مشخصة كما تجب مراقبة الثدى الآخر.

يحدث داء باجيت خارج الثدي الذي هو سرطانة أقنية الغدد المفترزة وهو أكثر شيوعاً لدى النساء وقد يكون مؤشراً على خباثة داخلية، يشاهد في الجزء السفلي من جدار البطن والمنطقة المفينية والعجان. يشبه هذا الشكل سريرياً داء باجيت في الثدي وقد يرافق السرطانات البولية التناسلية أيضاً. وريما لا يتفق سير السرطان مع سير الداء الجلدي، وفي حال عدم كشف السرطان في تشخيص داء باجيت خارج الثدي فإن ذلك يعنى إنداراً حسناً.

هناك أمراض جلبية أخرى تثير الانتباه لاحتمال ترافقها وأورام خبيثة في أعضاء أخرى يجب البحث عنها، أهمها: التهاب الجلد والعضلات والفقاع المواكب للخباثات والحاصة المخاطبنية ومتلازمة سويت وتقيح الجلد المواتي والتهاب الأوردة السعلحية المتنقل والوذمة المخاطبية الصلبة والأحمرية والغلوبلينات القرية والداء النشواني.

#### الانتقالات الورمية للجلده

تنتقل الخلايا الورمية للجلد بالامتداد المباشر أو بالغزو المباشر أو بالغزو المباشر من النسج تحت الجلد أو عبر الطريق اللمضاوي أو الدموي أو بانزراعها الجراحي. تنتقل ١-٩, ٤٪ من الأورام إلى الجلد، وأهمها سرطان الثدي والمعدة والرثة والرحم والكلية والمبيض والقولون والمثانة والبروستات. وقد تكون النقائل الجلدية عرضاً كاشفاً للورم كما أنها تدل غالباً على سوء الإندار. أما المواقع المالوفة لتوضع النقائل الجلدية فهي الفروة وتأتيها من سرطان الثدي والرئة وجهاز الهضم، وجدار



الشكل (۲۸) سرطان انتقالی من الثدی

الصدر من الثدي، وجدار البطن حول السرة من سرطان المعدة والجهاز الهضمي، وفي أسفل البطن من الطرق البولية وتتظاهر بعقيدات مرتشحة قاسية قد تكون متقرحة أو نازة وقد تتخذ أشكالاً غير مألوفة (الشكل ٢٨). وتتوزع نقائل سرطان البروستات توزعاً شبيهاً بداء المنطقة على الخاصرة ويتظاهر بشكل حطاطات حمامية وتوسع وعائي. وقد يظهر انتقال سرطان الكلية بشكل بثعة (ورم لثوي epulis) في الخاطية الفموية.

- الكارسينوما الحمروية التي تعد واسمة وتبدو بشكل منطقة التهابية محددة مرتفعة التي تعد واسمة وتبدو بشكل منطقة التهابية محددة مرتفعة الحواف مع ارتفاع حرارة ومضض، وغالباً ما تبدأ في ندبة استنصال الشدي، تلتيس هذه الكارسينوما الحمروية بالحمرة ولا تستجيب للصادات.
- الساركوم الوعالي اللمفاوي: يظهر في مناطق الوذمة اللمفاوية المزمنة كتلك التي تتلو استئصال العقد في سرطان الثدي، يتظاهر بشكل عقيدات حمر بنفسجية قاسية تنتشر ببطء على الطرف.

وقد يحدث في الملانوم الخبيث فرط تصبيغ معمم في الجلد والمخاطيات، يكون بنياً رمادياً وقد تكون نقائل الملانوم لاملانية وأحياناً بهقية.

#### والخلاصة

إن التظاهرات الجلدية للخباثات الداخلية مهمة جداً ويجب أن يلم بها الطبيب ويدخلها في التشخيص التفريقي للحالات الجلدية المستبهة خاصة منها المعندة على العلاج؛ لأن ذلك قد يسهم في كشف الورم وعلاجه المبكر.

أورام الجلد كثيرة ومختلفة المنشأ، إذ يمكن نشوء ورم متميز من كل خلية من خلايا الجلد البشروية أو الأدمية، والوحمات والأورام الوحمية تنشأ كذلك من خلايا الجلد وعناصره المختلفة، وهناك أورام ووحمات جلدية حميدة (سليمة)، وأورام جلدية ما قبل السرطانية أو مهيأة لنشوء السرطانات، وأورام جلدية خبيثة، وفيما يلي ذكر للشائع من هذه الأورام والوحمات.

## أورام الجلد الحميدة: أولاً- الأورام البشروية:

١- التقران المثي keratosis seborrheic أو التؤلول المثيء أفة شائعة، وكثيراً ما تكون متعددة، تظهر غالباً نحو الخمسينيات من العمر في الجنسين، وفي أماكن الجسم الغزيرة بالإفراز الدهني كالوجه والصدر والظهر، كما تظهر على جدار البطن وفي الثنيات الإبطية. ثبدو الأفة بحطاطة مرتفعة قليلاً عن سطح الجلد بلون مصفر أو مسمر ومظهر مشي، ثم تبرز تدريجياً، ويأخذ لونها بالتبدل ليصبح رمادياً أو بنياً أو أسود، وتظهر عليها في مرحلة النضج تبارزات متقرنة سهلة الاقتلاع يكون السطح تحتها حليمياً ناعماً. تكون الأفة محددة بدقة ومن دون ارتشاح داخل الجلد (الشكل ۱).

التشريح المرضي: حليمومات وتكاثرات ظهارية فوق سطح المجلد تحوي خلايا متقرنة من دون وجود أي ميل إلى الخبث. ترافقها تصبغات ميلانينية على المستوى القاعدي أو فوق القاعدي في بعض الأحيان.



الشكل (١) التقران اللثي.

العلاج: التجريف والتخثير الكهريائي، والمعالجة بالبرودة بتطبيق غاز الأزوت السائل.

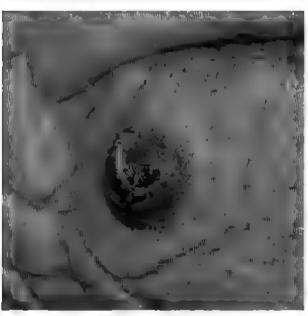
## ٧- الشوكوم القرني (الورم الشائكي المتقرن) keratoacanthoma:

يصنف مع السرطانات الكاذبة؛ لأنه مع سلامة سيره خبيث المظهر، وهو ورم سريع التشكل والسير، يظهر على الجلد المعرض للشمس، وينشأ من جريب الشعرة، يكون مفرداً أو متعدداً، وغالباً ما يتراجع تلقائياً.

يصيب السكان البيض على وجه الحصر ولاسيما الرجال فوق الستين عاماً، ويشير ظهوره المبكر إلى وجود عوامل وراثية.

المظاهر السريرية: يتظاهر الورم في البداية على شكل حطاطة مدورة قاسية على جلد طبيعي، لا تلبث أن تكبر بسرعة، وتصبح متقرنة في المركز، تتحول بعد بضعة أسابيع أو بعد شهرين على الأكثر إلى عقيدة ممتلثة بمادة قرنية رمادية مصفرة، ويأخذ مركز الورم الشائكي بالتقعر، فيشبه حين كبره فوهة البركان، ويكون لون جلد الورم وردياً شاحباً أو بنفسجياً، يبدأ الورم الشائكي بالتراجع بعد بضعة أشهر مخلفاً ندبة مثلمة غير منتظمة في أغلب الأحيان، ويشم الشفاء خلال ٤-١ أشهر (الشكل ٢).

التشريح المرضى: يحتاج لتمييزه من السرطان إلى أخذ



الشكل (٢) الشوكوم القرني.

خزعة تمر عبر المنطقة المركزية بكاملها، وتصل حتى الجلد السليم. يشاهد في المرحلة الأولى ورم ظهاري في الجزء العلوي لواحد أو لأكثر من واحد من الجريبات مضرطة التنسج، والمركز مملوء بمادة قرنية سوية التقرن إضافة إلى وجود شواك شديد غني بالغليكوجين.

## ٣- الطهاروم الشعري (الورم الطهاري الشعري) trichoepithelioma:

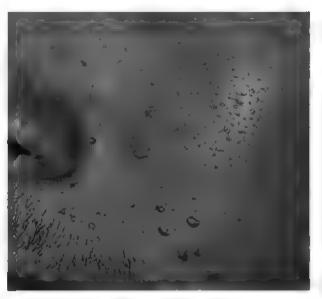
هو ورم عابي hamartoma يميل للتمايز إلى بنية شبيهة بالشعر، وهو ذو علاقة وثيقة بالأورام العابية الأخرى - مثل الغدوم العرقي- التي قد توجد في المريض نفسه.

المظاهر السريرية: يتظاهر بحطاطات وعقيدات صغيرة قاسية غالباً ما تشكل تجمعات بلون لحمي أو أصغر مائل إلى البياض، تظهر الاندفاعات الورميية على الوجه (الشكل؟). ولاسيما على زوايا العينين والطية الأنفية الشفوية ومنطقة ما حول الحجاج؛ وأحياناً أعلى الجذع والفروة. المرض عائلي يبدأ ظهوره في الطفولة، وتتطور الاندفاعات في سن البلوغ، ثم تهجع الأفات نسبياً في الكهولة، ولم تشاهد لهذا الورم تحولات خبيثة.

التشريع المرضي، يظهر الشكل النمطي كيسات مؤلفة من طبقات كثيفة من خلايا متقرنة أو من جزر من خلايا ظهارية (كخلابا المطرق الشعري) أو خلابا غمد الجذر الخارجي.

التشخيص التفريقي: يفرق من الغدوم الزهمي والغدوم المرقى والورم الأسطواني.

الملاج: تستأصل الأورام المحدودة جراحياً، أما الآفات



الشكل (٣) الظهاروم الشعري.

الواسعة فتعالج بالليزر الذي يؤدي إلى نتيجة جيدة؛ لكنها مؤقتة.

### 4-- اثورم الغدي العَرَقَى syringoma:

هو ورم شائع في القنوات العرقية الناتحة داخل البشرة، يحدث في النساء ولاسيما المستات. وله شكلان شكل متوضع حول الحجاج وشكل منتثر. يتوضع الورم الغدي العرقي حول الحجاج على الأجفان السفلية (الشكل ٤)، يبدو بحطاطات متعددة بلون الجلد أو آفتح قليلاً بقطر ١-٢ مم، أما الورم الغدي العرقي المنتثر فيظهر بشكل مجموعات أماكنها المفضلة هي: الأجفان ومقدمة العنق والصدر، والمنطقة الشرسوفية، وقد تظهر أحياناً على القضيب والفرج، أو على الأصابع. تحدث الأفات حيثما توجد الغدد العرقية الناتحة، وقد تعرضع الاندفاعات نادراً بشكل خطي.

التشريح المرضى؛ يشاهد في أعلى الأدمة المديد من الفراغات الكيسية المستديرة أو بشكل الضاصلة (شرغوف الضفدع). أما جدار الفراغات فيتركب من طبقة مضاعفة من الخلايا الظهارية.

المالجة: غالباً غير ممكنة، تعالج بالجراحة الكهربالية حين تكون محدودة العدد، أو تعالج بالليزر.

## النياً- أورام النسيج الضام:

## ١- الجُدرة keloid:

وهي طفوح ضخامية محددة وحميدة من تليف الجلد، تحدث بعد الرضوح أو على أفأت جلدية أخرى، وتختلف الجدرات عن التدبات الضخامية بأنها تمتد بعيداً خارج حدود الآفة الأساسية. تصيب الأطفال والشباب خاصة، وهناتك عوامل وراثية وعرقية تؤثر في حدوثها. تُشاهد



الشكل (٤) الورم الغدي العرقي.

الجدرة بعد الحروق وبعد إعطاء اللقاح الواقي من الجدري، وبعد آفات العد الشائع الضخامية وبعد السحجات الشديدة، وأندر من ذلك بعد الأفات الجلدية المخرية كالنأب الشائع والإفرنجي الثالثي.

سريرياً؛ تشاهد بعد أسابيع أو شهور من حدوث الأذية جسوءات ورمية أو مسطحة وصلبة نموها أسرع من نمو الندبة الحقيقية. تكون حواف الأفة مرتضعة وشديدة الانحدار، وذات سطح أملس لامع، تغيب فيه التضاريس الجلدية والأشعار والغدد الزهمية، أما الجدرات الحديثة فتبدو بلون فاتح يتحول إلى زهري شاحب، وأخيراً تصبح بلون الرمر (الشكل ٥).

تسيجياً؛ حزم غير متجانسة مع عدد كبير من الأرومات الليضية في الجدرات حديثة التشكل، أما في الجدرات القديمة فيلاحظ طغيان ألياف الغراء؛ وغياب الألياف المرنة وبقية العناصر الأدمية.

المعالجة: لا ينصع بالاستنصال الجراحي بسبب النكس الذي يحدث بعده عادة بشكل أكبر من السابق. ومن الوسائل العلاجية الأخرى المستخدمة الكي البارد، وحقن الستيروثيدات داخل الأفة، والاستنصال الجراحي داخل الأفة، والرياط الضاغط. وحقن الجدرة بـ ٥ فلورويوراسيل.

٧- الليضوم الجلدي (الورم الليضي الجلدي) dermatofibroma :

يتوضع داخل الأدمة حصراً، وهو ورم جلدي شائع يظهر على شكل عقيدة بقطر ه-٦مم بارزاً قليلاً عن سطح الجلد.



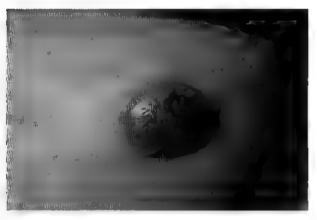
الشكل (٥) الجدرة

وأكثر ما يشاهد على الطرفين السفليين، ملمسه قاس، يصعب التقاطه بالملقط، ويهرب حين ضغطه بين الإصبعين، وهو غير مؤلم؛ لكنه قد يزعج المريض إذا وافق توضعه سطحاً عظمياً (الشكل ٦).

تمبيجياً: يشاهد تكاثر صانعات الليف والناسجات داخل الأدمة ومن دون غلاف، مع وجود ارتكاس التهابي لمفاوي بسيط يحيط به على السطح مع فرط تصنع بشروي.

٣- الليساء المنقة (الزنمات) skin tags:

تدعى أيضاً الطفوات الجلدية، والورم الليفي الرخو، والورم الليفي المعنق، وهي زوائد جلدية خيطية رخوة صغيرة معلقة بالجلد بسويقة دقيقة، وبلون الجلد وقد تكون مطوية عليه (الشكل ٧). تتوضع الطغوات في الثنيات ناحية العنق وتحت الإبط ولاسيما في البدينين، تضرق من الوحمة الرخوة



الشكل (٦) الليفوم الجلدي.



الشكل(٧) الليساء المنقة (الزنمات).

ولاسيما المتوضعة تحت الإبطين والمغبنين؛ ومن الثآليل المثية المعنقة، وتعالج بالاستنصال بقطع ذنب الطغوات.

ثانثاً- أورام الأوعية النموية وأورام النسيج الشحمي: ١- الحبيبوم المقيّح (الورم الحبيبي المقيّح) granuloma pyogenicum:

هو عقيدة وعاثية شعرية مكسية بلون أحمر تتشكل سريعاً، والسيما عقب الرضوح، وتتصف بسهولة نزفها ـ يرتكز هذا التشكل أولاً على أورام وعالية شعرية طفحية تتكاثر بسرعة، وتصاب بخمج ثانوي لتصبح ورماً حبيبياً.

سريرياً: تبدو الإصابة بتشكل حليمومي أو كروي الشكل يصل حتى ١٠ملم بلون أحصر لامع أو مزرق. يتوضع هذا الورم فوق الجلد بقاعدة مسوقة، ويبدو سطحه لامعاً مرقطاً ورطباً أو متجلباً عليه مفرزات (الشكل ٨). والمواضع التي يرى فيها هي الشفتان، والوجه، والأصابع، وأغشية الفم الخاطية خاصة.

نسيجياً، يتألف الورم من سدى رخو يشاهد ضمته شعيرات دموية متسعة، متعرجة حديثة التشكل. وتكون العقيدة الوعائية النامية للخارج مغطاة بطبقة رقيقة من الظهارة.

المالجة: يعالج الورم بالتخشير الكهربائي، وشوهدت حالات من السواتل الوعائية الصغيرة عقب استئصاله.

٧- الشحموم "الورم الشحمي" lipoma والورام الشحمي :lipomatosis

الورم الشحمي هو تكاثر شبيه بالورم محدد جيداً، يصيب النسيج الشحمي تحت الجلد، ويكون مفرداً أو متعدداً، وأهم أماكن توضعه: الأكتاف والظهر والدراعان والجبهة، وتبدو هذه الأورام بالجس مرنة، صلبة مفصصة، محددة جيداً.



(الشكل ٨) الحبيبوم المقيّع،

يبدو في معظمها تموج؛ لأن متنها محاط بمحفظة. هذه الأورام لا عرضية سوى أنها مؤلة بالجس أحياناً، وهي حميدة دوماً. أما الورام الشحمي فيتميز بظهور أعداد كبيرة جداً من هذه الأورام الشحمية.

السيجياً، هناك فصيصات صغيرة من نسيج شحمي ناضج منقسم بحواجز وله محفظة على الأغلب.

المالجة: استنصال الورم مع المحفظة، أو التضريع الذي يليه استنصال للمحفظة.

## رابعاً- الأورام المصبية:

## ۱- المصبوم (الورم المصبي) neuroma:

ينشأ على حساب الأنياف العصبية في الجلد، ويكون رضياً، وليس من النادر مشاهدة الأورام العصبية الصغيرة المؤلمة في جُنْهاتstumps البتر (عصبونات البتر)، أما الأورام العصبية التلقائية الحقيقية فما زال منشؤها موضع جدل.

۳- الورام الليفي المصبي الممم generalisats

ويعرف أيضاً بداء **ريكلتهاوزن. هو من الأ**دواء العصبية الجلدية الجموعية عديدة الأعراض، وللوراثة الطافرة تلقائياً شأن مهم في إحداثها.

سريرياً؛ يتظاهر المرض بتبدلات في الجهاز العصبي والعضلات والعظم والكبد. تتظاهر الأفات الجلدية فيه بشكل الأورام الليفية العصبية ويقع القهوة بحليب، والنمش الإبطي، والجلد البرونزي، والوحمة الفقرمية والوحمات المصطبغة المشعرة العملاقة وفرط الأشعار العجزي، وجلد الرأس المتلفف cutis verticis gyrata، وضخامة اللسان.

الورامات الليفية العصبية الجلدية (الشكل 4)، هي أورام سطحية أدمية، أحجامها مختلفة تراوح بين رأس الدبوس حتى الكتل الضخمة المترهلة التي قد تزن عدة كيلو غرامات، والكثير من الأورام الطرية هذه قد تكون منغلفة وبادية كأنها تمر من حلقة، فإذا ما ضغطت بالإصبع غاصت لترتد حين يفلت عنها الضغط "عروة الزر". تشاهد إضافة إلى ذلك أورام اكثر قساوة مدورة أو بيضوية.

التشخيص؛ العلامات النموذجية هي الورامات الليفية المصبية الجلد، المصبية الجلدية، والأورام الليفية المصبية تحت الجلد، ويقع القهوة بحليب؛ "التي إذا ما وجد أكثر من خمس بقع منها يجب التفكير بالورم الليفي العصبي"، والنمش الإبطي وغيرها من الظواهر.

المالجة: لا يوجد علاج مقبول سوى استثمال الأفات الكبيرة الحجم أو التي تهدد الوظائف الحيوية.



الشكل (٩) الورام الليفي العصبي المممّم،

#### ۲- المضلوم (الورم المضلي الأملس) leiomyoma:

هو تنشؤات حميدة تبدو على شكل عقيدات ذات لون لحمي في أي مكان من الجسم، ويُعدّ الألم الناجم عن الضغط بالجس الجانبي أو بالمس بالبرودة مميزاً للآفة، تنشأ هذه الأورام على حساب العضلات الملس الناصبة للأشعار، أو العضلات المنسات المناسبة للأشعار، أو المنسلات المناسبة المناسبة المناسبة المناسبة المناسبة المناسبة المناسبة المنافة المتوضعة تحت جلد الصفن - أو الشفر الكبير- أو في ناحية الحلمة.

المالجة: يفضل الاستثمال الجراحي في الأشكال الوضعة.

#### خامساً- الكسات:

### ۱- الكيسة اليشروية epidermal cyst:

تظهر بشكل عقيدات غير مؤلمة نصف كروية وبارزة ومرنة ومتوترة بلون الجلد. يراوح قطرها بين عدة مليمترات إلى بضعة سنتيمترات، تصيب أي ناحية من نواحي الجلد حيث توجد جريبات الغدد الزهمية والأشعار الانتهائية والزغبية. يكثر شيوعها على الوجه والجذع والأجزاء الدانية من الأطراف. تضضي الكيسات البشروية الكبيرة إلى تمطط الجلد الذي يعلوها بحيث تبدو أوعية النسيج الضام وكأنها توسعات أوعية شعرية (الشكل ١٠).



الشكل (١٠) الكيسة البشروية.

الإمراض: تبدأ الكيسات البشروية بفرط تقرن احتباسي في قمع الجريبات حيث تحتبس الخلايا القرنية، ولا تستطيع الوصول إلى الوسط الخارجي، ولما كانت الجريبات تنفتح على سطح الجلد بوساطة المسامات: فإنها كثيراً ما تكون مستعمرة بالجراثيم، وإذا زاد حجم الكيسات مع الزمن؛ فقد تتمزق أو تلتهب مؤدية إلى تشكل الخراجات.

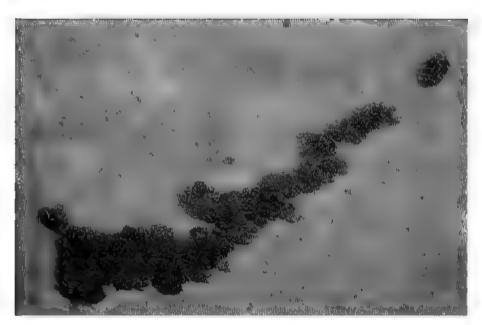
العلاج: استئصال الكيسة بالتسليخ الكليل، أو بشق الكيسة وتفريغ محتواها الجبني ثم سحب جدار الكيسة منعاً لحدوث النكس، ويتم تدبير الكيسات الملتهبة في البدء بمعالجتها بالصادات الحيوية ثم استئصالها بعد زوال الخمج.

#### trichilemmal cysts - كيسات غمد الشعرة

هي كيسات كروية تظهر على فروة الرأس (الشكل ١١). تمتلئ بكتل كثيفة من الخلايا القرنية في غمد الشعرة



الشكل (١١) كيسات غمد الشعرة،



الشكل (١٢) الوحمة البشروية الثؤلولية

الخارجي: وهو الجزء الواقع بين بصلة الشعرة وفتحة عنيبة الغدة الزهمية الملحقة بالجريب الشعري.

تكون الكيسات مدورة متوترة يراوح قطرها بين ٥ و ١٠ مم، كما يكون الجلد المغطي للكيسة الكبيرة ضامراً ضموراً خفيضاً، ويميل بعض المرضى إلى الإصابة بكيسات كثيرة العدد على الفروة بسبب عائلي.

العلاج: استئصال الكيسة مع كامل الجدار منعاً لحدوث النكس.

## سادساً- الوحمات البشروية epidermal nevi:

هي أورام عابية جلدية ظهارية سليمة خالية من الخلايا الوحمية تأتي أهميتها من أنها تشوه برافقه تشوهات آخرى جلدية وحشوية وأورام خبيثة، وهي ولادية أو تتطور في أثناء الطفولة، وتنمو على سطح الجلد، حدودها واضحة، وقد تكون مفردة أو على شكل مجموعات بشروية حليمومية طرية بلون الجلد، غالباً ما تشبه الوحمة وحمية الخلايا الحليمومية أو التقران المثي الحليمومي، وهي تمثل فرط تصنع الكونات الاعتيادية للبشرة، تذكر منها:

# ۱- الوحمة البشروية الثوّلولية الموادية البشروية الثوّلولية nevus:

وهي ولادية أو تتطور في سن الطفولة الأولى، وتبدو بشكل نتوءات حطاطية ثؤلولية خشنة الملمس بلون بني متسخ (الشكل ١٢)، مرتفعة عن سطح الجلد، وقد تنتظم بشكل خطي وحيد الجانب: وتسمى حينئذ الوحمة الثؤلولية الخطية وحيدة الجانب. أما على الفروة فيكون المظهر أملس.

وإذا ما أصابت هذه الوحمة الأغشية المخاطية يصبح لها مظهر بشبه الأورام القنبيطية المقممة.

التشريح المرضي؛ شواك حليمي مختلف الشدة يعلوه فرط تقرن مستقيم من دون ارتكاس التهابي.

#### r- الوحمة الزهمية sebaceous naevus:

تصيب الوحمات الزهمية فروة الرأس على نحو انتقائي ومفضل، وتبدو على شكل لويحة مرتفعة قليلاً طرية ومرنة وذات سطح لماع ولون مصفر، سطحها ناعم حليمومي قليلاً عليه أخاديد (الشكل ١٣).



الشكل (١٣) الوحمة الزهمية.

التشريح المرضى: المظهر النموذجي فصيصات من الغدد الزهمية في الأدمة العلوية والمتوسطة وتزايد البنى الظهارية الأخرى: مثل الغدد المفترزة والجريبات الشعرية المجهضة أو البشرة الشواكية، وكثيراً ما تشاهد الأورام الكيسية المفترزة والناتحة ضمن الوحمة.

الإنتار؛ تتطور بنسبة ٣٠٪ من الحالات لسرطانة قاعدية الخلايا، كما قد تترافق الوحمة الزهمية وتشوهات عصبية وهيكلية.

المالجة: استنصال الوحمة في سني اليضع الباكرة بسبب احتمال حدوث الأورام.

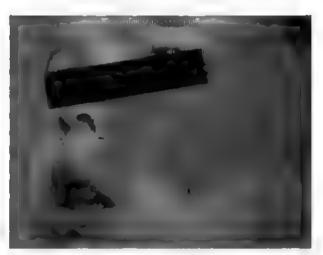
## سابعاً- الوحمات الوعائية vascular nevi:

هي فرط تصنع الأوعية الدموية المتوضعة في الأدمة والنسيج تحت الجلد، وهي خلقية، وليست وراثية، تظهر وحدها أو مترافقة وتشوهات أخرى، تصنف سريرياً إلى:

## الوحمة الشعلية nevus flammeus أو الورم الوعالي الدموي السطح:

تبدو بشكل لويحات واضحة الحدود بلون أحمر نبيذي أو بنفسجي، ولادية أو تتطور باكرا بعد الولادة، تزول بالضغط (الشكل ١٤)، يراوح قياسها بين عدة مليمترات إلى مساحات كبيرة تغطي أجزاء من الجسم. تكبر هذه الوحمات عادة مع ازدياد حجم الطفل المساب، ولكنها لا تنمو نمواً تلقائياً، ولا تميل إلى التراجع أبداً. ويوجد منها أشكال خاصة مثل:

أ-- الوحمة الشعلية المتناظرة symmetrical: قد تظهر هذه الموحمة أحياناً على نحو عائلي، وهي تتوضع في خطوط الانفلاق المضغية مثل منتصف الجبهة وفوهتي الأنف، والعجز. يكون لونها أحمر داكتاً، إنذارها حسن، إذ يتراجع ٧٠-٨٠٪ منها تلقائباً خلال الأشهر أو السنوات الأولى من العمر.



الشكل (12) الوحمة الشعلية.

ب- وحمة أونا - بوليترّر Unna - Politzer في مؤخرة العنق، لا تبدي هذه الوحمة أي ميل إلى التراجع، لكنها لا تسبب أي انزعاج؛ لأنها تتوضع عادة مخبأة فوق مستوى خط الشعر.

ج- الوحمة متوسعة الشعريات telangiectasia nevus: قد تعدّ نوعاً من الوحمة الشعلية، ولكن عوضاً عن الاحمرار المنتشر تبدو شبكة كثيفة من الشعريات المتسعة الرقيقة والكبيرة، وكثيراً ما تتوضع على الوجه، وهي لا تبدي أي نمو فعلي، يبدي التشريح المرضي توسع الأوعية الشعرية في أسفل الأدمة، ولا يوجد أي مسوع لاستخدام مصطلح "الورم الوعائي الدموي الشعيري البسيط" لوصف هذه الحالة؛ لأنه لا يوجد أي ورم وعائى حقيقى.

المعالجة؛ يجب أن تترك الوحمات الوعائية المتناظرة السنوات وذلك لاحتمال حدوث التراجع التلقائي، وهو شائع، وللمعالجة بالليزر نتائج جيدة، ويجب ألا تجرى قبل سن البلوغ للتندب الذي قد تحدثه.

4- متلازمة ستورج - ويبر Sturge- Weber syndrome هي وحمة شعلية على الموجه وحيدة الجانب، في منطقة توزع الشرعين الأول والثاني من العصب مثلث التوائم، برافقها في نحو ٢٠٪ من الحالات ورام وعائي في العبن في الجهة نفسها وزَرَق قد ينتهي بالعمى، أو تصحب بتشوهات وعائية داخل القحف. تؤدي إلى مظاهر دماغية من نوب صرعية وتبدلات نفسية وتخلف عقلي وتكلسات سحائية.

reavernous الورم الوهنائي الندمنوي التكيه غني hemangioma

يظهر بعد الولادة بأيام، ويزداد حجمه سريعاً خلال الأشهر الأولى، يختلف حجم الورم، فقد يكون بقدر اسم أو قد يكون كبيراً يشغل نصف الوجه (الشكل ١٥). يتوضع هذا الورم في أي جزء من الجسم، وغالباً ما يتوضع في منطقة الرأس، وقد يتوضع على الأغشية المخاطية، وقد يسبب ضخامة اللسان أو ضخامة الشفاه إذا توضع بها. يكون مضرداً أو متعدداً، ويصنف بحسب موقعه من الجلد إلى جلدي، جلدي حتت جلدي، صرف.

التشريح المرضي، أفضية وعائية واسعة مملوءة بالدم ومستورة بخلايا بطائية تحتوي جدرها عضلات ملساً، ويشغل الورم الأدمة والنسيج تحت الجلد.

السير والإنشار، يتراجع الورم تلقائياً في ٧٠٪ من المرضى ويبدأ التراجع من السنة الأولى حتى السنة السابعة.

المُضاعفات: قد يتضاعف بالنزف والخمج ولاسيما حين



الشكل (١٥) الورم الوعائي الدموي الكهفي.

يكون على الألية أو على أي منطقة معرضة للتخريش. التوضعات الخطرة: كالبلعوم والشفة واللسان والحجاج والأجفان إذ يهدد بتأثيره في وظيفة هذه الأعضاء.

المعالجة؛ القاعدة هي الامتناع عن العلاج في الحالات العادية والتريث، ويلجأ إلى المعالجة في حالة النمو السريع أو التوضعات الخطرة والمضاعفات، وتكون المعالجة جراحية أو بالكي البارد أو بالأشعة، وقد تؤدي المعالجة بالبردنيزولون ٢ ملغ/يوم بالطريق العام إلى تراجع هذه الأورام.

### ثامناً- وحمات الخلايا الصباغية:

## :café-au-lait spots بقع القهوة بحليب -١

هي بقع جلدية مدورة أو بيضوية بلون القهوة بحليب، يراوح سطحها بين سطح الأظفار وراحة اليد (الشكل ١٦)، تنجم عن الميلانين المتوضع عميقاً في البشرة، وهي غير شائعة وغير ضارة. ويشير وجود أكثر من خمس بقع كبيرة منها في مريض واحد إلى الإصابة بالورام الليفي العصبي لريكلنهاوزن.

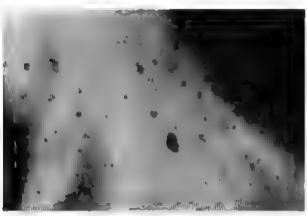
#### ۲- الشامات lentigo:

تبدو سريرياً ببقع مضرطة التصبغ ذات حجم صغير (١٣ملم)، وتتميز بلونها القاتم (بني أو أسود)، وتنجم عن ازدياد
عدد الخلايا الميلانية ووجود حبيبات عرطلة من الميلانين.
قد ترى الشامات بشكل بقع معزولة على المناطق المعرضة
للشمس أو آفات متعددة على أي سطح جلدي، ومن ضمنه
الراحتان والأخمصان، وتصيب الأغشية المخاطبة أحياناً.



الشكل (١٦) بقع القهوة بحليب.

للشامات عدة أنماط، منها الشامة البسيطة؛ وهي بقع مصطبغة بشدة صغيرة معزولة تتوضع في أي مكان من الجسم لا علاقة لها بالتعرض للشمس (الشكل ١٧)، ومنها نمط موضع أو قطاعي يتناول قطاعاً جلدياً وحيد الجانب، وهناك شكل من الشامات ينجم عن المعالجة (بالبوفا)، ويصيب ٢٪ من المرضى المعالجين مدة ٣ سنوات أو أكثر، كما تدخل الشامات أحياناً في نطاق بعض المتلازمات المعقدة مع



الشكل (١٧) الشامات.

أعراض حشوية؛ مما يسمح بتشخيص تلك المتلازمات، مثل متلازمة ليويارد (الشامات المتعددة) التي تترافق وشذوذات قلبية وتباعد العينين وقصور الغدد التناسلية وصمم استقبالي وتأخر النمو وتضيق الشريان الرئوي.

## :Becker s nevus وحمة بيكر

تظهر غالباً في العقد الثاني من العمر والسيما في الذكور اكثر من الإناث بنسبة 5.1، وتصيب كل الأعراق بالتساوي. تشاهد أول مرة غالباً بعد تعرض شديد للشمس، وسجلت منها حالات عائلية. وأكثر الأماكن إصابة الكتف ومنطقة تحت الثدي والظهر، وقد تصيب البطن والدراعين والساقين. تكون الأفة النموذجية بمساحة ٢٥ اسم وذات لون بني فاتح، أو بني، وحيدة الجانب، وقد تكون ثنائية الجانب ذات حواف واضحة، ومن النادر أن يخف اللون أو يزول مع الوقت. تبدو أولاً ببقعة بلون القهوة بحليب وبعد عدة سنوات تنمو أشعار طويلة غامقة في المنطقة المصطبخة. قد تترافق وحمة بيكر وشخص تنسج الثدي وحيد الجانب ونقص تنسج الزنار الكتفي وخلل الفقرات وضمور شحمي موضع وغيرها.

# termai عبات الخلاليا الميلانية الأدمية melanocytes nevi

تنجم أسواء التشكل هذه عن الخلايا الميلانية المتوضعة في النسيج الأدمي، ويفترض أن هذه الخلايا لم تحقق غايتها في اثناء الحياة الجنيئية بالهجرة من القترعة العصبية إلى البشرة والجريبات الشعرية، بل بقيت في الأدمة، ونضجت هناك، وأمثلة عليها: البقعة المنفولية، ووحمة أوتا، ووحمة إيتو، وكثرة الخلايا الميلانية الأدمية المعمى، والوحمة الزرقاء.

أ- وحمة أوتا nevus of Ota (تدعى داء الخلايا الميلانية العيني الجلدي)، تكون عادة ولادية، ولكنها قد تظهر في الطفولة الباكرة أو في البلوغ، تظهر على الجلد ببقع وحيدة الجانب، مسطحة، زرق أو سود أو( أردوازية) أو رمادية متمازجة. وقد تصيب الصلبة والملتحمة والجلد حول العين في المناطق المعصبة بالضرع الأول والثاني لمثلث التوائم (الشكل ١٨). لا تتحسن مع الوقت، وقد ينشأ الورم الميلاني الخبيث (الميلانوم) على هذه الوحمة في بعض الحالات.

ب- وحمة إيتو nevus of Ito تدعى كثرة الخلايا الميلانية الدائي الأخرمي: تتوضع الإصابة في منطقة توزع العصبين فوق الترقوة الوحشي لتشمل الكتف وجانب العنق والمنطقة فوق الترقوة، وهي مشابهة لوحمة أوتا إلا أن الإصابة أكثر انتشاراً وأقل ترقطاً.



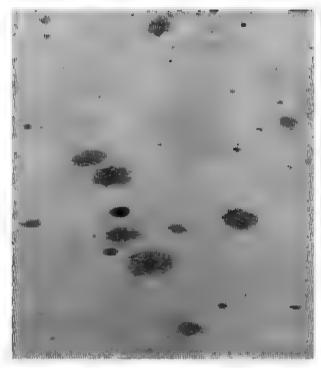
الشكل (١٨) وحمة أوتا (١١ء الخلايا الميلانية العيني الجلدي).

ج- متاكزمة الوحمات مختلة التنسج الوراثية hereditary:
و متلازمة الشامة B-K (اشتق dysplastic nevus syndrome)
المصطلح B-K من اسمي مريضين شابين ظهرت فيهما سبعة أورام ميلانية خبيثة معاً).

تتظاهر الوحمات مختلة التنسج بعدد يراوح بين ١٠٠١٠ وحمة في أفراد العائلات المسابة، تتوزع على كامل الجسم مع ميل إلى إصابة الجزء العلوي من الجذع (الشكل ١٩). لم تحدد المورثة المسؤولة بدقة، ويفترض أنها مورثة جسدية سائدة من أمثال المورثات 1936°1967 ومن الشائع تطور ورم ميلاني خبيث على واحدة أو أكثر من هذه الوحمات. لذا يجب مراقبة هؤلاء المرضى مراقبة دائمة مدى الحياة مع تجنب التعرض للشمس، واستنصال الأفات المشبوهة.

## - وحمات الخلايا الوحمية nevocytic nevi:

الخلايا الوحمية هي خلايا ذات علاقة وثيقة بالخلايا الميلانية، وهي تشتق مثلها من القترعة العصبية. وهي قادرة على تصنيع الصباغ الميلانيني، مع أنها لا تعد من مكونات المجلد السوي: فإنها توجد في جلد جميع الناس تقريباً بأعداد صغيرة أو كبيرة على شكل تجمعات موضعية. وهي دائرية الشكل ليس لها تغصنات. تسبب تجمعات خلاياها في البشرة أو في الأدمة أو في كليهما أفات بقعية أو حطاطية أو حلياطية أو حليمومية بلون الجلد، أو تكون ذات اصطباغ مختلف الشدة، هي وحمات الخلايا الموحمية. تتوضع هذه الموحمات في أي مكان من سطح الجلد والأغشية المخاطية القريبة منه.

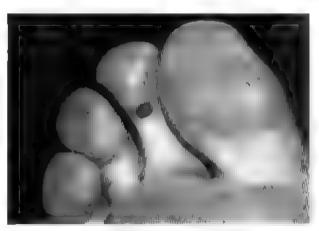


الشكل (١٩) متلازمة الوحمات مختلَّة التنسج الوراثية.

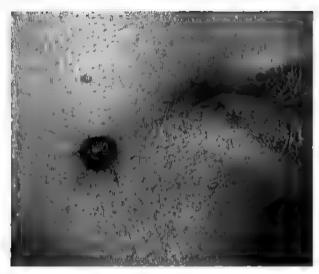
التشريح المرضي النسيجي؛ تصنف الوحمات وحمية الخلايا بحسب توضع الخلايا الوحمية ضمن طبقات الجلد إلى:

أ- وحمة الموصل junctional nevus; تتوضيع الخلايا الوحمية فيها في الطبقة القاعدية أو في منطقة الموصل الأدمي البشروي على شكل أعشاش من الخلايا المدورة، أو المضلعة ذات النوى الكبيرة والتشكل الصباغي الواضح (الشكل ٢٠).

ب- النمط البشروي الأدمي dermoepidermal type: تدعى أيضاً الوحمة المختلطة compound nevus، تصادف الخلايا الوحمية فيه في طبقة الخلايا القاعدية، وفي ناحية



الشكل (٢٠) وحمة الموصل (الشكل السريري)،



الشكل (٢١) الوحمة الختلطة (الشكل السريري).

الموصل الأدمي البشروي، وفي ناحية الأدمة (الشكل ٢١).

ج- النمط الأدمي dermal nevus: وهنا تتوضع الخلايا الوحمية جميعها ضمن الأدمة.

السير والإندار: الوحمات وحمية الخلايا سليمة على نحو عام، ويندر حدوث الورم المبلاني الخبيث فيها قبل البلوغ، ويجب عدم تعريض الوحمات وحمية الخلايا المصطبغة للتخريش المزمن كالاحتكاك بالملابس وتطبيق المواد الكاوية والنتف الآلي، والمظاهر السريرية التي تدعو للاشتباء بالتبدلات الخبيثة فيها هي:

- (١)- زيادة مساحة الوحمة أو ارتفاعها.
- (٢)- زيادة كثافة الصباغ وخاصة إذا لم يكن متجانساً.
  - (٣)- علامات التراجع البؤري.
- (٤)- تشكل هالة صباغية مرتضعة قليلاً حول وحمة مصطبغة وحمية الخلايا.
- (٥)- وجود تفاعلات التهابية في الوحمات المصطبغة وحمية الخلايا.
- (٦)- حدوث الحكة والنزف والتأكل في وحمة وحمية الخلايا.

وإنذار الوحمة وحمية الخلايا جيد بوجه عام ويرى من جهة أخرى نشوء ما بين ٢٠-٣٠٪ من الأورام الميلانية الخبيثة على وحمات وحمية الخلايا، وقد دلت بعض الدراسات على أن هذه الحالات كانت في الحقيقة أوراماً ميلانية منذ البداية شُخَست خطا على انها وحمة وحمية الخلايا. وعلى كل فإنه من المستحيل أن يُتنبأ عن احتمال التحول المستقبلي باتجاه الورم الميلاني في كل وحمة، لذا يضضل استنصال الوحمات وحمية الخلايا مع حواف نسيجية سليمة حولها.

#### الأفات الجلدية قبل السرطانية:

هناك آفات جلدية محتملة التسرطن الإجبارية obligate هناك آفات جلدية محتملة التسرطن الاختيارية precancerous مثل قرحات الساق المزمنة والحزاز المسطح الضموري على المخاطبات وندبات الحروق وندبات الذاب الشائع... إلخ، وأهم الأفات المؤدية إلى التسرطن هي:

## التقران السفعي (الشيخي) actinic keratosis:

آفة ما قبل سرطانية قد تكون وحيدة أو متعددة، خشنة المس حرشفية، ملتصفة بالجلد. تحدث عادة في البالغين على الجلد بعد التعرض للشمس مدة طويلة.

الوباليات؛ يصيب الأعمار المتقدمة والمتوسطة، ولكنه قد يرى في أشخاص في عمر الشلاشين في بعض المناطق كأستراليا وجنوب غربي الولايات المتحدة، وهو أكثر شيوعاً في النكور وذوي نمط الجلد اولا وأقل مشاهدة في ذوي نمط الجلد الا وأنه يؤدي التعرض المديد للأشعة فوق البنفسجية إلى التأذي على مستوى الدنا.

العلامات الجلدية: اندفاعات حمامية وسفية لصوقة بالجلد قد تكون حاكة على المواقع المرضة للشمس (الشكل ٢٧).

التشريح المرضي: يرى فيه خطل تقرن وخلايا قرنية شاذة عسيرة التقرن ورشاحة التهابية.

التشخيص التفريقي: يجب تفريقه من الدئبة الحمامية الجلدية الزمنة والثقران الزهمي الحاكُ والثآليل المسطحة

والسرطانة شائكة الخلايا وداء بوين Bowen والسرطانة قاعدية الخلايا النمط المنتشر السطحي.

السيروالإندار؛ السير مزمن، ويحدث التحول إلى سرطانة شائكة الخلايا بنسبة ١٪.

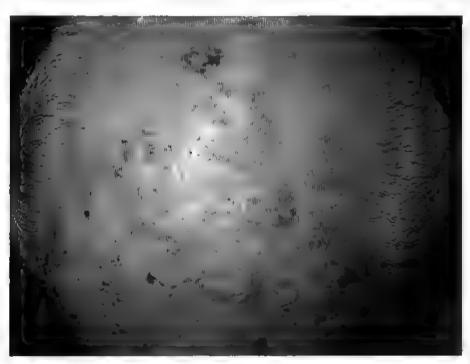
### الملاج:

- أ- المالجة القرية.
- ب- المعالجة باستخدام ٥ فلورويوراسيل مرتين يومياً مدة ٢-٤ أسابيع.
- ج- إيميكويمود موضعياً مرتين أسبوعياً مدة ١٦ أسبوعاً.
   د- ثلاثى كلور حمض الخل بتركيز (٥-١٠).
  - ه- المالجة بالليزر,CO.
  - و- المعالجة الدينمية الضوئية.
- ز- المعالجة الجهازية بالأستريتين والإيزوتريتينوئين.

الوقاية: باستخدام الواقيات الشمسية عالية الفعالية: ولاسيما في نوى البشرة الفاتحة.

### ٧- التقرانات في جفاف الجلد المسطيع:

جفاف الجلد المصطبغ xeroderma pigmentosum هو مرض جلدي وراثي ينجم عن عوز إحدى الخمائر التي تساهم في ترميم الدنا DNA. تظهر اندفاعات هذا المرض على المناطق المكشوفة (الوجه وظهر اليدين) بعد الأذية الشعاعية، وتتجلى بنقص تصبغ أو فرط تصبغ وتوسع الشعريات ومران سافع وتقرانات سافعة (الشكل ٢٣) تتحول إلى سرطانة



الشكل (٢٢) التقران السفعى (الشيخي).



الشكل (٣٣) تقرانات سافعة في جفاف الجلد المصطبغ. حرشفية الخلايا وإلى أورام ميلانية في سن مبكرة، ولهذا فهى تؤدي إلى موت مبكر.

۳- التنسج الأحمر لكيرات erythroplasia of Qeuyrat مرض شبيه بداء بوين يصيب الحشفة والقلفة والشرج، وهو سرطانة حرشفية الخلايا لابدة (موضعة in situ). من الشائع تحوله إلى سرطانة غازية حرشفية الخلايا.

سرورياً؛ يتصف التنسج الأحمر لكيرات بظهور سطح أحمر عبق، ناعم، أملس، رطب، حمامي واضح الحدود، وإذا ما ارتفعت الآفة فوق مستوى الجلد دل ذلك على التسرطن.

وأكثر من يصاب الذكور غير المختونين (فوق عمر الأربعين). يضم التشخيص التفريقي: النهاب الحشفة الناحي وداء المبيضات وصداف القضيب والتهاب الحشفة المثار وداء باجيت خارج الثدي.

تستطب الخزعة عادة لتأكيد التشخيص،

#### المالجة

أ- (٥) فلوروبوراسيل (٥٪) مرة يومياً تحت ضماد كتيم.

- **ب** (إيميكويمود ٥٪).
  - ج- الجراحة.
    - ه- الليزر.
- ه- المعالجة الدينمية الضوئية.
  - و- المالجة الشماعية.
- ا شدن البسسرة الشؤلوليي epidermodysplasia verruciformis:

هو اضطراب موروث نادر يورث بصفة جسدية متنحية،

يتسم بأخماج فيروس الحليموم البشري، [ر. الأمراض الجلدية الفيروسية المنشأ].

#### ٥- داء باجيت في الثدي:

هو تنشؤ خبيث وحيد الجانب يصيب الحلمة أو اللعوة يشبه النهاب الجلد الأكزيمائي المزمن، وهو يعبر عن الانتشار الجلدي لسرطانة بشروية داخل الأقنية الثديية.

يحدث في النساء بعد سن الخمسين من العمر، وسجلت حالات نادرة في الرجال.

سريرياً عبداً داء باجيت بشكل مخاتل قد يكون لأعرضياً، أو قد توجد بعض الأعراض مثل حس الحرق والحكة والألم أو النثر أو التقرح أو غؤور الحلمة. أمنا الأفنات الجلدية فتتظاهر ببقعة حمراء أو لويحات متقشرة، تؤدي إزالة القشور إلى كشف سطح ناز ورطب، يراوح حجم الأفات بين ٣,٠٥٥ اسم (الشكل ٢٤). ولا يحدث تصلب وارتشاح في الراحل الباكرة، لكنهما يظهران في المراحل المتأخرة وقد تجس العقد في الثدي.

وقد يصيب داء باجيت مواقع أخرى غير الثدي كالإبطين وجوار الأعضاء التناسلية الخارجية. ويدعى عندها داء باجيت خارج الثدي.

التشخيص؛ يعتمد على الدراسة النسيجية وتصوير الثدي (ماموغرافي).

التشخيص التضريقي: تفرق الآفة من: النهاب الجلد الاكزيمائي الذي غالباً ما يكون ثنائي الجانب، والصداف والغدوم الحليمومي القنوي في الثدي (داء باجيت الكاذب) وفرط التقرن الاحتباسي في الحلمة والهالة والقوباء والسرطانة الحرشفية اللابدة والفقاع العائلي.

المالجة: يفضل إجراء استنصال الثدي مع تجريف العقد اللمضية.



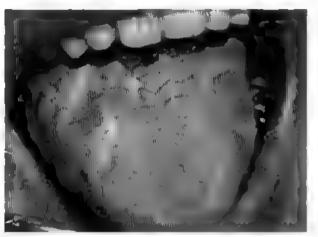
الشكل (٣٤) داء باجيت في الثدي.

#### 1- اثطلوان leukoplakia:

آفة ما قبل سرطانية تصيب المخاطيات، وهو مقدمة للسرطان، بيد أن هناك حالات من الطلوان ذات إندار حميد نسبياً. [ر. أمراض اللسان والشفتين والأغشية المخاطية] (الشكل ٢٥ أ و ب).

#### ٧- سرطانة الخلية الشائكة المُوضعة (داء بوين):

مرض التهابي مزمن ذو شكل صدافي أحياناً، ويدل على وجود سرطانة داخل بشروية (لابدة) ذات قدرة على الغزو. غالباً ما ينجم داء بوين Bowen عن الأشعة فوق البنفسجية أو الأخماج بالقيروسات الحليمومية البشرية، وهو يظهر



الشكل (١٦٥)



الشكل (٣٥ أ و٢٥ ب) الطلوان على حافة اللسان وباطن الخد.

بشكل شائع في آفات خلل التنسيّج الظهارية مثل التقرانات السفعية أو الأفات داخل الظهارية الشائكة التاجمة عن القيروسات الذكورة.

#### الإمراضية:

- تسبب الأشعة فوق البنفسجية هذه الأذيات التي تبدأ
   على مستوى الدنا.
- الخمج بالفيروسات الحليمومية البشرية التي تسبب بعسر تصنع الظهارة.
- حمض الأرسينيك والقطران والتعرض الحراري المزمن.
  - التهاب الجلد الشعاعي المزمن.
- قصة تناول محلول فوفلر Fowler أو الحبوب الأسيوية المركبة من الزرنيخ (التي كانت تستعمل سابقاً).

سريرياً، يتظاهر داء بوين على شكل لويحة أو بقعة حطاطة وحيدة أو متعددة واضحة الحدود متوسفة أو مفرطة التقرن. الآفات الوحيدة أو المتعددة ذات لون زهري أو أحمر، سطحها متوسف قليلاً مع تآكلات صغيرة، وقد تكون مغطاة بجلب (الشكل ٢٦).

أما داء بوين الشرجي التناسلي الناجم عن الشيروسات الحليمومية البشرية: فيتظاهر بلون أسمر أو بني أو بني مسود- وترافق الإصابة بداء بوين الجلدي في بعضهم الإصابة بسرطانة داخلية.

التشخيص: يعتمد على الدراسة النسيجية.

التشخيص التفريقي: يجب تفريقها من الأكزيمة المدنرة والصداف والتقران الزهمي والتقران الضيائي والثؤلول الشائع والثؤلول المسطح واللقموم المؤنف وسرطانة قاعدية الخلايا النمط السطحي والميلانوما عديمة الميلانين وداء باجيت.



الشكل (٢٦) داء بوين.

الإندار؛ يتطور داء بوين إلى سرطانة حرشفية الخلايا غازية تؤدى إلى انتقالات إلى العقد اللمفية.

التعبير: المعالجة الكيميائية الموضعية: ٥- فلورويوراسيل كريم أو الإيميكويمود والجراحة القرية فعالة جداً، والمعالجة الدينمية الحركية فعالة: لكنها مؤلة، والاستنصال الجراحي.

۱۰- الورم الظهاري الليمي محتمل الخياشة لينكوس premalignant fibroepithelioma Pinkus:

يتظاهر هذا الورم بآفة لأطئة، من لون الجلد، مرتضعة قليلاً تتوضع على القسم السفلي للجدع، والآفة سطحية تشبه الورم الليفي أو الورم الحليمي، وقد ترافقها السرطانات القاعدية السطحية.

المعالجة: الاستنصال الجراحي والدراسة النسيجية وه-فلورويوراسيل موضعياً وإيميكويمود موضعياً والمعالجة القرية والتخثير الكهربائي والليزر .CO.

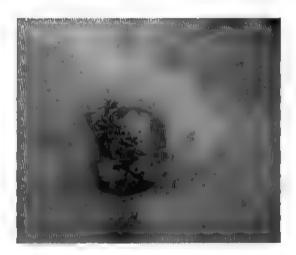
### أورام الجلد الخبيثة:

قد تنشأ أورام الجلد الخبيثة على حساب ظهارة epithelial الجلد، أو تنطلق من خلايا ميلانية أو من خلايا وحمية، أو تكون انتقالات إلى الجلد من أعضاء أخرى (أورام ظهارية خبيثة انتقالية أو ثانوية).

ا- السرطانة قاعدية الخلايا basal cell carcinoma!

ورم خبيث، نادر النقائل، يتألف من خلايا شبيهة بالخلايا الموجودة في الطبقة القاعدية للبشرة وملحقاتها.

الوباليات: هو أكثر أورام الجلد الخبيثة شيوعاً، ويعد في بعض البلدان مثل الولايات المتحدة وأستراليا وسورية أكثر السرطانات شيوعاً على الإطلاق، وهو ينجم عن تعرض السكان من ذوي البشرة الفاتحة لكميات عالية من الأشعة الشمسية.



الشكل (٢٧) سرطانة قاعدية الخلايا ذات الشكل المُقيدي.

غالباً ما يتوضع الورم قاعدي الخلايا على الوجه، ويندر حدوثه على ظهر اليدين خلافاً لما هو في الورم شائك الخلايا، وهو يعف عن إصابة الأغشية المخاطبة.

يصيب الرجال أكثر من النساء، وذوي البشرة البيضاء أكثر من السمراء، معظم هذه الأورام يظهر في سن متقدمة.

#### الأشكال السريرية:

الأجفان أو الوجئتين.

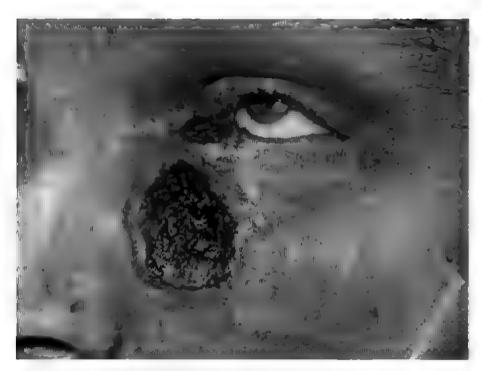
أ- الشكل العقيدي: يشكل هذا النمط ٥٠-٨٠ من مجمل الإصابات. ويتكون من عقيدة أو عدة عقيدات، نصف كروية، شمعية، عليها توسعات وعائية (الشكل ٢٧).

غالباً ما تظهر العقيدات على الوجه بنسبة ( ٩٠-٩٠ من الحالات ) كما تظهر على الرأس والعنق ولاسيما على الأنف. ب- السرطانة قاعدية الخلايا كيسية الشكل: هي عقيدات كيسية رمادية - مزرقة، لها شكل القبة تشبه سريرياً أورام الغدد المرقية الناتحة والمفترزة، وأكثر ما تتوضع على

ج- السرطانة قاعدية الخلايا قشيعية الشكل morphea ج- السرطانة قاعدية الخلايا قشيعية الشكل الديحة بيضاء تصلبية، وتتوضع الإصابة على الرأس والعنق في ٩٥٪ من الحالات. أما المظاهر النسيجية الميزة للتشخيص فهى



الشكل (٢٨) سرطانة قاعدية الخاذيا المنطبعة.



الشكل (٢٩) سرطانة قاعدية الخلايا (نمودج القرحة القارصة).

حلقات أو أطواق من الخلايا القاعدية منتشرة بين أثياف النسيج الضام المجتمعة بغزارة والقليلة الخلايا.

هذا النمط قليل الشيوع، ويشكل ما نسبته ٢-٦٪ من مجموع الأشكال السريرية.

د- السرطانة قاعدية الخلايا المرتشحة: نمط ذو طبيعة غازية.

ه السرطانة قاعدية الخلايا السطحية: وتدعى أيضاً متعددة المراكز، تشكل ما نسبته ١٥٪ من أشكال الورم القاعدي الخلايا، تبدو غالباً على الجذع والأطراف السفلية.

و- السرطانة قاعدية الخلايا المسطيفة: يشبه النمط الأول لكنه يتميز بتصبغ أسود أو بني (الشكل ٢٨). ومن المهم تمييزه من الورم الميلانيني الخبيث، والوحمة وحمية الخلايا المصطبغة.

ز- القرحة القارضة rodent ulcer: وتعرف أيضاً باسم قرحة Jacob، لهذا النموذج حافة قاسية لها هامش محيطي خيطي الشكل، ترتفع الحافة فوق مستوى سطح الجلد في حين ينخفض قاع القرحة تحت مستوى هذا السطح (الشكل ٢٩).

تبدو القرحة لحمية المظهر، وليست كثيرة التوعية. يبدأ المرض على شكل تأكل أو تسحج. لا يلبث أن ينتشر إلى العمق محدثاً تخريباً شديداً قد يصل إلى عظام الوجه والجمجمة وأحياناً إلى السحايا.

۲- السرطانة حرشفية (وسفية) الخلايا (squamous cell)
 carcinoma (SCC)

ورم خبيث ينشأ على حساب الخلية المقرنة البشروية، وهو ثاني أكثر سرطانات الجلد شيوعاً.

الحدوث والوباليات: تغييرت ويانيات المرض خلال الخمسين سنة الأخيرة، إذ نقصت أهمية التعرض المهني للعوامل الكيميائية المسرطنة، وازدادت أهمية الحالات الناجمة عن التعرض المديد الأشعة الشمس، فقد أصبح التعرض المزمن والطويل الأشعة الشمس - والسيما الجرعة التراكمية من الأشعة فوق البنفسجية - عامل خطورة رئيساً، وكذلك التدخين.

كما أن ظهور أمراض جديدة مثل عوز المناعة المكتسب والتقدم العلاجي المتمثل باستخدام مثبطات المناعة في مزدرعي الأعضاء والعلاج الضوئي المتمثل بالبوفا؛ كل هذا زاد من خطورة الإصابة عدا عوامل الخطورة الأخرى، ويُذكر منها: القرحات المزمنة والتهاب الغدد العرقية المقيح والتعرض المسبق للأشعة المؤينة وانحلال البشرة الفقاعي المورث بالصفة المقهورة وندبات الناب الحمامي القرصاوي والحزاز المسطح التآكلي وشدن البشرة الشؤلولي، وندبات الحروق.

التظاهرات السريرية: يظهر الورم في مواقع الأذيات الضيائية حيث يكون: المران الشمسي وفرط تقرن البشرة

وعدم انتظام الصباغ الجلدي الطبيعي وتوسع الشعيرات الدموية والتقران الأبيض والجفاف والجنّب والتشققات على الشفة، كما يظهر هذا الورم على الأغشية الخاطية أيضاً.

الدلالة الأولى على الخباثة هي القساوة التي تتجاوز حدود الأفة، تكون الأفة في البدء سطحية خشتة الملمس، قاسية، تنشأ على قاعدة دائرية مرتفعة بلون أحمر باهت يلاحظ عليها توسع الشعيرات الدموية.

والأورام الأكثر تمايزاً تكون حليمومية تغطى بجلب متقرنة في المراحل الأولية - تشاهد بعد إزالتها قاعدة حليمومية واضحة الحدود وقاسية الملمس-ثم تكبر وتنتشر خلال أشهر كما تظهر عليها عقيدات لا تلبث أن تتقرح (الشكل ۳۰).

أما البنيات المتحركة بكثرة مثل الشفاه أو المناطق التناسلية، فالعرض الأولى فيها قد يكون شقاً أو تقرحاً صغيراً نازفاً ومعنداً على العلاج. يكون الورم في المراحل الباكرة متحركاً بحرية، لكنه يصبح فيما بعد مرتشحاً، ويتثبت على النسج التي تحته، بعد أن يبدأ بغزوها تدريجياً. وقد يأخذ الورم على سطح الجلد شكلاً مدوراً كالقبة مع مركز شبيه بنواة الثمرة، يتقرح في المراحل اللاحقة، وقد يصبح بشكل بشبه زهرة القنبيط مؤلفاً من بروزات خيطية متجمعة بكثافة، تمتلئ الفراغات فيما بينها بنضح قيحي كريه الرائحة، أما حواف القرحة فقد تكون دائرية، ولكنها غير منتظمة.

أكثر أماكن الجسم إصابة بهذا الورم هي الأكثر تصرضاً للشمس، فتشاهد على ظهر اليدين والساعدين وعلى القسم العلوي من الوجه وعلى صيوان الأذن والشفة السفلى (هي المدخنين خاصة والمصابين بالتهاب الشفة السفعي). وقد يتوضع الورم على مواقع الأفات الالتهابية الزمنة.



الشكل (٣٠) سرطانة وسفية الخلايا متقرحة على الشفة السفلي.

التشريح المرضى النسيجي: تنشأ السرطانة وسفية الخلايا على أي بشرة. ويسبب سهولة الوصول إلى الجلد ومراقبته، يمكن متابعة التغيرات ما قبل السرطانية التي تسبق ظهور الورم، النقطة التي يبدأ فيها التحول إلى سرطانة هي حين تخترق الخلية القرنة الشاذة الغشاء القاعدي، وتغزو الأدمة، والعلامة التشخيصية الجهرية الفارقة هنا هي الترتيب الهندسي؛ أكثر من الدراسة النمطية للخلايا ذاتها. وقد استخدمت درجة التمايز الخلوي لتصنيف الورم - إذ يترافق التمايز الأعظمي وقلة الميل للغزو- إلى إنذار أفضل، فالمستوى الأول تكون فيه معظم الخلايا متمايزة بصورة جيدة، في حين تكون معظم الخلايا غير مثمايزة أو عسيرة التنسج في المستوى الرابع، ويكون من الصعب تمييز النمط غير المتمايز من غيره من الأورام الأخرى مثل الورم الميلانيني الخبيث أو اللمفوما أو الأورام الثيرُانشيمية، وفي هذه الحالة يكون للتلوين المناعي النسيجي بالبيروكسيداز للكيراتين أهمية كبرى في التشخيص

التشخيص والتشخيص التفريقي: لا تبدي السرطانة حرشفية الخلايا- ذات الشكل القاسي المتمايز التي تنمو على جلد متأذي ضيائياً- أي مشكلة في التشخيص، وتعييزها من الشوكوم القرني أمر سهل عادة إذا لوحظ سرعة النمو والمظهر المقبب ذو الشكل البركاني المميز للورم الشائكي المتقرن، أما حين يكون المريض مشبطاً مناعياً فإن وجود اندفاعات جلدية تشبه الأورام الشائكة المتقرنة لديه يجب أن تعامل على أنها سرطانة حرشفية الخلايا، ويستطب الاستنصال الجراحي البسيط في جميع اندفاعات هذه الأورام. قد يشخص الورم خطأ في مراحله المبكرة على أنه تقران سفعي مفرط التقرن، ذلك أنه من الصعب سريرياً تمييز المرضين أحدهما من الأخر؛ وتصبح الخزعة هنا ضرورية لوضع التشخيص.

التقائل، تراوح نسبة النقائل من مواقع الإصابات الجلدية بين ٥, ١-٣,٥٪، وينبغي الانتباء على نحو خاص للعهد اللمفية التي ينزح إليها لمض المنطقة المصابة، فتفحص حين التقييم الأولى للإصابة، ثم تفحص بانتظام في كل الزيارات التي تتلو معالجة الورم.

المعالجة: هدف العلاج إزالة الورم الأولي إزالة تامة من كل المناطق المتأذية من الجلد على نحو يمنع حدوث الانتقالات والنكس لاحقاً، ويعتمد اختيار المعالجة على طبيعة الورم التي تحدد مستوى المالجة؛ فقد يكون التجريف مع الصعق

الكهريائي: أو الكي البارد مستطباً في الأفات الصغيرة الباكرة، وتبقى الجراحة الخيار المفضل في الأفات عالية نسبة الخطورة. ويستطب العلاج الشعاعي في الأفات الكبيرة الحجم جداً وسريعة النمو أو في المرضى الذين لا يتحملون خطورة العمل الجراحي، لجراحة موس Mhos (وتقوم على إذالة الورم جراحياً ويشكل تدريجي وإجراء الفحص النسجي على المقاطع مباشرة في أثناء العمل الجراحي والتوقف في حدود الخلايا السليمة) فائدة كبيرة في الأفات عالية الخطورة من وجهة الوقاية من النكس الموضعي ومنع الانتقالات الورمية، وتعتمد نتيجة هذه الجراحة على خبرة المعالج أكثر من اعتمادها على طريقة العلاج، علماً بإمكان الوصول إلى معدل شفاء لأكثر من 8 سنوات في ١٠٪ من الحالات بالأيدي الخبيرة مهما كانت طريقة العلاج المستخدمة.

الوقاية: ينصح المرضى الذين أصيبوا بسرطانة حرشفية الخلايا بسبب أذية ضبائية باجتناب التعرض للشمس، واستخدام دارثات ضوئية عالية. أما مرُدرعو الأعضاء والمصابون بجفاف الجلد المصطبغ الذين يكون العمل الجراحي فيهم صعباً: فيفكر بعلاجهم الجهازي بالريتينوئيدات،

#### ٣- الورم المبالاتي الخبيث:

ينشأ الورم الميلاني (الميلانوم) melanoma من التحول الخبيث للخلايا الميلانية البشروية بمستوى الوصل البشروي الأدمي أو من الخلايا الميلانية الوحمية في بعض الأفات الطليعية للورم الميلاني.

#### أ- الوياليات وعوامل الخطر:

الورم الميلاني أكثر أمراض الجلد والأغشية المحاطية تهديداً للحياة، وقد ازدادت نسبة وقوعه في العالم التصل أعلى معدلاتها في كل البلدان المشمسة كأستراليا ونيوزيلاندا، وبلغت نسبة الوقوع في البيض ثلاثة أضعاف وقوعها في غيرهم في العشرين سنة الأخيرة، وبعد الميلانوم حالياً سادس أكثر السرطانات في الولايات المتحدة.

(۱)- الوقيات وعوامل الخطر، يرتبط حدوث الميلانوم بعوامل خطورة متعددة تتضمن لون الجلد الفاتح والتعرض الشديد الأشعة الشمس في الطفولة والحروق الشمسية ووجود عدد كبير من الوحمات الشائعة وعسيرة التصنع ووجود قصة عائلية للميلانوم ووجود وحمة متبدلة أو أفة تطورت حديثاً على الجلد والتقدم بالسن، وأظهرت دراسات ويائية دولية أن أشعة الشمس هي السبب الرئيس لحدوث الميلانوم الجلدي في البيض.

هناك أربعة عوامل رئيسية على الأقل تدعم هذه العلاقة، وهي: اختلاف التوضع التشريحي للميلانوم بحسب الجنس والهجرة، والأختلاف بحسب البعد عن خط الاستواء والاختلافات العرقية.

إن نمط التعرض للشمس مهم؛ إذ تحدث الإصابة في المناطق المعرضة لأشعة الشمس على نحو متقطع، وتحدث الإصابة في الإصابة في الرجال على الجذع وأعلى الظهر خاصة في حين تصاب الساقان في النساء. وإصابة الرأس والعنق أقل شيوعاً في كل أنماط الميلانوم باستثناء ميلانوم الشاصة الخبيشة الذي يرتبط ظهوره بالتعرض طويل الأمد للشمس.

(٣)- يتناسب معدل وقوع الميلانوم في البيض عكساً مع البعد عن خط الاستواء؛ وبالتالي مع جرعة الأشعة فوق البنفسجية، ذلك أن التعرض للأشعة فوق البنفسجية في المعالجة الضوئية يؤدى إلى ارتفاع خطر حدوث الميلانوم.

يمنا التمرض الشديد والمتقطع لأشعة الشمس وحدوث حروق شمسية في ذوي النمط الجلدي الفاتح عامل خطورة كبيراً في حدوث الميلانوم.

- (٣)- تكون خطورة الإصابة بالميلانوم عالية في أنماط الجلد اللونية التالية: الجلد ناقص التصبغ والشعر الأشقر أو الأحمر والعيون الزرق أو الخضر: النمش والقابلية لحدوث حرق الشمس. ويرتبط نمط ارتكاس الجلد لأشعة الشمس إلى درجة كبيرة بخطر حدوث الميلانوم: إذ يزداد بوجود قابلية الجلد لظهور الحمامي أو لحرق الشمس الحاد أو عدم قابليته للشمع بالتعرض طويل الأمد.
- (1)- أظهرت عدة دراسات وجود علاقة بين ارتفاع مستوى الحالة الاقتصادية والاجتماعية وخطر حدوث الميلانوم، وقد يكون سبب ذلك الاختلافات العرقية وقضاء أوقات استجمام طويلة في الأماكن الشمسة.
- (9)- تقدر نسبة وجود قصة عائلية في المصابين بالميلانوم ب ١٠-٥١٪، فمن المهم لذلك استجواب المريض حول وجود هذه القصة، وإن إصابة أحد أقارب الدرجة الأولى يضاعف خطر الإصابة. كما يميل الميلانوم إلى الظهور باكراً في الميلانوم العائلي والإصابة الأولية المتعددة وإلى ظهور وحمات عسيرة المتصنع بدرجة أكبر من الميلانوم غير العائلي.
- (٦)- تترافق الوحمات وزيادة خطر الميلانوم؛ ذلك أن وجود أكثر من ١٥ وحمة نموذجية في بالغ أو أكثر من ٥٠ وحمة في الأطفال أو وجود وحمات لانموذجية يؤدي إلى زيادة خطر الإصابة بالميلانوم، وتعد الوحمات الخلقية الكبيرة طلائع لحدوث الميلانوم، وتحتلف درجة الخطورة باختلاف حجم

الأفة علماً أن ٧٠٪ من حالات الميلانوم تتطور قيها قبل سن الد ١٠ سنوات، أما في الوحمات صغيرة الحجم إلى متوسطة الحجم؛ فيكون الخطر أقل، ويحدث عادة بعمر متأخر.

## ب- مراحل التحول الخبيث:

للتحول الخبيث وتطور حدوث الورم في الخلايا الميلانية خمس مراحل اعتماداً على مميزات نسيجية مناعية ومورثية، وهي:

- (١)- الوحمات ميلانية الخلايا الحميدة.
  - (٢)- الوحمات اللانموذجية.
- (٣)- الميلانوم الأولى الخبيث طور النمو الأفقى.
- (٤) الميلانوم الأولى الخبيث طور النمو العمودي.
  - (٥)- الميلانوم النقيلي.

والخطوة الحاسمة في تطور الميلانوم هي الانتقال من الطور الأفقى إلى الطور العمودي.

#### ج- الأشكال السريرية للورم الميلاني الخبيث:

(۱)- ورم الشامة الخبيثة LMMM): يحدث هذا الميلانوم على نحو ملحوظ في النساء المسنات نحو المقدين السابع والثامن، ابتداء من شامة خبيثة موجودة فيهن منذ عدة سنوات أو حتى عدة عقود: أي انها تحدث بعمر أكبر مما تحدث فيه الأنماط الأخرى للميلانوم. يترافق ورم الشامة الخبيثة ومعدل أعلى للنمو على مستوى الوصل؛ مما ينجم عنه معدل نكس عال وفشل استئصال الآفة استئصالاً كاملاً. وتحدث هذه الآفة مع وجود الوحمات بنسبة ٣٪ فقط، ولكنها تحدث بأعلى نسبة مع وجود الميلانوم عسير التصنع.

يدل حدوث عقيدة مركزية مرتفعة ضمن الشامة الخبيثة على الانتقال إلى مرحلة النمو العمودي، وقد يحدث نزف أو زيادة في الصباغ، وكثيراً ما يكون النمو غير متناظر.

التشخيص التفريقي: يفرق من التقران السفعي الصطبغ، والنمط السطح للتقرانات الثية.

superficial spreading المستشر السطحي الشكل المنتشر السطحي: melanoma (SSM) : أكثر أنماط الميلانوم شيوعاً عند البيض؛ إذ يشكل نحو ٧٠٪ من كل أنماط الميلانوم، وغالباً ما يحدث في المقدين الرابع والخامس. يتوضع على نحو خاص على الأطراف السفلية في النساء وأعلى الظهر في الرجال، وقد يحدث في أي مكان من الجسم (الشكل ٣١).

تظهر الأفة الباكرة بشكل اندفاع بقعي بني غير متناظر حوافه غير منتظمة، وحجمه أكبر من املم، مع احتمال وجود تدرجات متباينة من الألوان (البني والأسود والرمادي

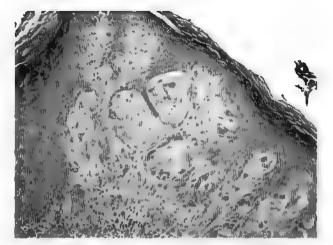


الشكل (٣١) ورم ميلاني سطحي على الوجه،

والأزرق والأحمر والأبيض)، قد يؤدي تراجع الأفة الجزئي إلى زوال الصباغ في المركز، وتترافق الأفات المتقدمة وعقيدات مرتفعة ونزف.

هذا النمط من الميلانوم هو الأكثر مرافقة للوحمة الموجودة سابقاً (في ٥٠٪ من الحالات)، ويغاير مظهر الميلانوم غير المنتظم بشدة المركب الوحمي المتبقي الأكثر انتظاماً لوناً وحدوداً.

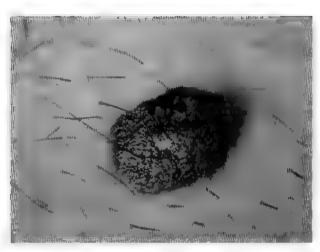
تترقى الأفة ببطء غالباً على مدى أشهر أو سنوات، ويترافق النمو الأفقي وانتشار الخلايا الميلانية للبشرة كما تصبح الأفة مجسوسة باستمرار النمو؛ مما يدل أنها ترقت باتجاه مرحلة النمو العمودي، ويختلف نشوء هذا الميلانوم عن الشامة الخبيثة بأنه لا يتعلق بأذية الجلد الضيائية المزمنة المرتبطة بنشوء الشامة الخبيثة.



(الشكل ٣٢) الموجودات التشريحية المرضية للورم الميلاني الخبيث (وفيه نمودج باجيتاني).

التشخيص التضريقي: يجب تفريقه من التقران المثي والتقران السفعي المصطبغ والسرطانة حرشفية الخلايا المصطبغة، وقد يلتبس هذا النمط من الميلانوم الباكر بالوحمة ميلانية الخلايا الحميدة اللانموذجية.

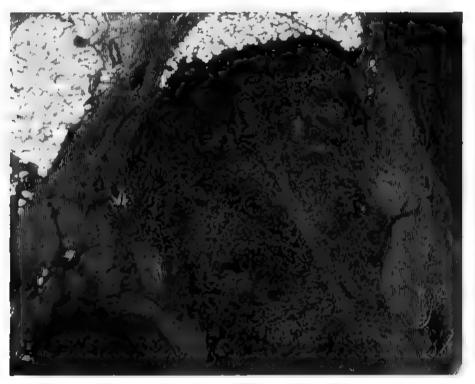
نسيجياً؛ يتميز بوجود تجمع خلايا ميلانية لا نموذجية وحيدة الشكل. نموذج (باجيتاني pagetoid) لانتشار الخلايا الميلانية ضمن البشرة إما مفردة وإما ضمن أعشاش (الشكل ٣٧). ووجود بؤر من الخلايا الميلانية الخبيثة الغازية للأدمة. (٣)-الميلانوم العقيدي modular malignant melanoma



الشكل (٣٣) ميلانوم عقيدي

هو ثاني أكثر أنماط الميلانوم شيوعاً إذ يشكل نسبة ١٥-٣٠٪ من كل أنماط الميلانوم. وغالباً ما يشخص في المقدين الخامس والسادس بعمر وسطي ٥٣ سنة. ويصيب الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٢: ١.

يتوضع هذا النمط من الميلانوم غالباً على المناطق المعرضة للشمس والجذع أكثر من بقية الأماكن. ويتميز بالتطور السريع على مدى أسابيع إلى أشهر. كما يميل إلى نشوئه التلقائي أكثر من ظهوره على وحمة موجودة سابقاً (الشكل ٣٣).



الشكل (٣١) الموجودات التشريحية المرضية في ميلانوم عقيدي.

سريرياً: لا يمر الورم بمرحلة نمو أفقية. ويبدو عادة آفة مرتفعة وحيدة الشكل مرجلية، قبية، وحتى معنقة، بلون بني داكن أو أسود، غالباً ما تتقرح أو تنزف لأقل رض، وهي في ٥٪ من الحالات لا ميلانية؛ أي إنها لا تحتوي على الصباغ، ثنا فإن هذا النمط من الميلانوم اللاميلاني كثيراً ما يلتبس بالأفات الوعائية كالورم الحبيبي المقيح أو الورم الوعائي أو ورم المنسجات بسبب نموه السريع وفقدان صباغه، وقد يلتبس بالسرطانة قاعدية الخلايا في حين تلتبس الأفات المصطبغة بالوحمات الزرق أو السرطانة قاعدية الخلايا المصطبغة.

ويبدو بالتشريح المرضي (الشكل ٣٤) ميل قليل للنموضمن البشرة، في حين توجد بؤرة لخلايا ميلانية لا نموذجية غازية في الأدمة. وغالباً ما يضتقر إلى علامات ABCD المنبشة بالتشخيص والتي تعني: asymmetry =A (عدم التناظر)، diameter =D (المحدود)، Color =C (المحدود).

الإندار؛ سيئ بسبب نموه السريع ولعمقه حين استنصاله. (1)- ميلانوم شامات النهايات acral lentiginous: melanoma (ALM) تختلف نسبة حدوث هذا الورم كثيراً



الشكل (٣٥) ميلانوم أخمص القدم.

بين المجموعات العرقية. إذ يؤلف ٢-٨٪ من الميلانوم في المغفاس، وهو النمط الأكثر شيوعاً في ذوي الجلد الداكن ٢-٢٧٪ في السود و٢٩-٣٤٪ في الأسيويين. ويدخل في هذه المجموعة ٥٠٪ من مجموع الميلانومات التي تصيب القدم.

يشخص هذا الميلانوم في كبار السن (العمر الوسطي للإصابة ٦٥ سنة) وينسبة متساوية في الجنسين، وأكثر ما يتوضع في الأخمصين ثم في الراحتين وتحت الأظفار (٦٠٪) (الشكل ٣٥).

سريرياً: آفة مصطبغة بقعية كبيرة تحيط بورم مرتضع بلون بني مسود، يُبدي نموذجَ نمو وصلياً، حوافه غير محددة بدقة.

ويشيع فيه غزو النقائل للعقد اللمفية المجاورة؛ لأن تشخيصه يغلب أن يتأخر، وقد يلتبس بثؤلول أخمصي أو ورم دموي؛ مما يؤدي إلى التأخر في تشخيصه ليصل إلى مراحل متقدمة؛ وبالتالي لنتائج سيئة. لا يتعلق نشوء هذا الميلانوم بالتعرض للشمس.

تعد علامة هتشنسون (الشكل ٣٦) - وهي وجود اصطباغ في طبة الظفر الخلفية - علامة إندارية سيئة لهذا الورم.

د- نقائل الورم الميلاني الخبيث melanoma metastatic يحدث الانتقال في المرحلة الباكرة على نحو نموذجي عبر اللمف وقد يكون اعتلال العقد اللمفية الناحي العلامة الأولى، وينتقل لاحقاً عبر الجريان الدموي مؤدياً إلى انتشاره الواسع.

أما نقائل السواتل فتبدو كعقيدات مصطبغة حول مكان الاستئصال.

التوضع الرئيس للميلانوم النقيلي هو الجلد، لكن جميع الأعضاء عرضة للانتقالات، ونقائل الجملة العصبية الركزية أكثر الانتقالات تسبباً هي الوفاة، ويحدث في الحالات الشديدة ميلان معمم مع وجود الميلانين في البالعات والخلايا الإندوتليالية والناسجات.



الشكل (٣٦) ميلانوم طية الظفر (علامة هتشنسون).

وفي حالات نادرة يراجع المرضى أطباء الجلد فيشخص لديهم ميلانوم نقيلي لورم أولي لم يعرف مكانه، أو تلاحظ بعد فحص كامل الجسم بقعة ضمورية زائلة الصباغ ناجمة عن ورم ميلاني متراجع.

معدل البقيا لخمس سنوات في المسابين بهذا النمط من الورم هو ٤٠٪ من الحالات.

## ه- تشخيص الورم الميلانيني الخبيث سريرياً:

التشخيص المبكر هو أهم عوامل تحسين الإندار، ويستند إلى:

- (١)-قرائن كبيرة: أو المظاهر السريرية التي تدعو للاشتباه بالتبدلات الخبيثة للوحمة وحمية الخلايا، وهي: تبدل الأبعاد أو الاتساع، وتبدل الشكل، وتبدل اللون.
- (۲)- قرائن صفيرة: وهي: القطر أكبر من ٥ مم، الخمج، النزف. أو باستخدام قاعدة A-B-C-D المتقدم ذكرها.

### و- التشريح المرضى:

هو أهم دليل تشخيصي للورم الميلانيني الخبيث، ويجب أن يتضمن التقرير النسيجي ما يلي:

تخانة الورم وتقييم العمق، والهوامش المحيطية، ووجود التقرح، ووجود السواتل؛ وهو دليل إنذاري مهم، ومعدل الانقسام والغزو الوعائي اللمفي والرشاحة اللمفاوية حول الورم.

## ز – الخراسة النسيجية المناعية الكيميائية immunohistochemistry:

- البروتين S-100 protein.
  - ایجابیة [HMB-45].
- إيجابية Imelan-A/Mart- إيجابية
- واسمات التكاثر proliferating cell nuclear antigen Ki67.

#### ح- الإندار والتصنيف:

# (۱)-التصنيف الدقيق للميلانوم أساسي لتحديد المالجة المثالية ولتقدير الإندار (المال).

عدلت اللجنة الأمريكية للسرطان تصنيف الميلانوم في عام ٢٠٠٢ عدة تعديلات تمثل أهم عوامل الخطر المؤثرة في الإندار، وتشمل فروق هذا التصنيف عن التصانيف السابقة عام ١٩٩٧ما يلي:

- شخانة الورم تعدا المحدد الأول في التصنيف أكثر من مستوى الغزو.
- التقرح في الورم الأولي عامل كثير الأهمية ومؤشر لسوء الإندار.
- تصنف السوائل والنقائل الجاورة مماً، وتمد تظاهرات

للإصابة العقدية الورمية أكثر منها امتدادات من الورم الأولى،

- عدد النقائل العقدية أكثر أهمية وتأثيراً في الإندار من
   حجم العقد المسابة، وتستخدم لتقييم المرضى في المرحلة
   الثالثة.
- تفصل النقائل الرئوية عن بقية النقائل الحشوية
   الأخرى: لأنها ذات معدل بقاء أعلى في المرضى المصابين
   بنقائل بعيدة.
- أضيف مستوى LDH المصل (ارتضاعه مؤشر لسوء الإندار).

## (٢)- مستوى الفزو أو مستويات كالأرك؛

- المستوى الأول: توجد الخلايا الورمية في البشرة فقط.
   أعلى الغشاء القاعدي.
- المستوى الشائي، تغزو الغشاء القاعدي والأدمة الحليمية.
  - المستوى الثالث: تمارُ الأدمة الحليمية.
    - المستوى الرابع؛ تغزو الأدمة الشبكية.
- الستوى الخامس: تفزو النسيج الشحمي تحت الجلد.
- (٣)- معدل الانقسام الفتيلي: هناك علاقة مهمة بين معدل الانقسام الفتيلي وسوء الإندار.
- (1)- الإصابة العقدية: عامل مهم جداً مؤثر في الإندار. ط- تدبير الورم الميلانيني الخبيث:

العلاج الوحيد الشافي للميلانوم هو الاستنصال الجراحي الكامل والباكر ويمكن اللجوء حين لا تستطب الجراحة في بعض المرضى إلى معالجات غير جراحية مثل الايميكويمود الموضعي والإنترفيرون وحشن BCG موضعياً والعلاج الشعاعي وليزر .CO.

ويستعمل دينتروكلورينزين DNCB ثعلاج نقائل الورم الميلانيني الخبيث.

#### ى- الوقاية:

- (١)- تجنب التعرض الشديد للشمس واتخاذ تدابير الحماية من أشعتها منذ الطفولة وتجنب الحروق الشمسية: ولاسيما في ذوي البشرة البيضاء إما بالليوسات التي تحمي الرأس والوجه والجسم وإما باستعمال مستحضرات الوقاية الشمسية في المواسم المناسبة.
- (٣)- الكشف المبكر للورم ونشر الثقافة الصحية الخاصة بالأورام المصليفة.

## أغران اللحمة المتوسطة mesenchymal sarcomas:

۱- غرن کابوزی Kaposi's sarcoma!

هو تنشؤ وعائى عديد البؤر، يتظاهر بأفات جلدية

مخاطية بنفسجية اللون مع وذمة، إضافة إلى احتمال إصابة أي عضو آخر.

والعديد من المسابين بغرن كابوزي هم من المضعفين مناعياً؛ ولاسيما المسابون بفيروس الـHIV.

الإمراضية: تم تعرف الـ DNA لقيروس الحالا الإنساني HHV8 في نماذج الأنسجة بجميع أشكال غرن كابوزي: مما يدل على أن لهذا القيروس شأناً في الإمراضية.

#### سن الإسابة:

- الشكل التموذجي أو المرسي: ذروة الحدوث بعد العقد السادس.
- النمط التوطن في إفريقيا: هناك مجموعتان عمريتان:
   الشباب بعمر متوسط ٣٥ سنة، والأطفال بعمر متوسط ٣ سنوات.
  - النمط المترافق والإيسل البائغون اليافعون.

الجنس؛ أكثر شيوعاً في الذكور بجميع أنماطه، لكن النمط المترافق والد HIV يحدث حصراً في الذكور المثليين، ونادراً ما تصاب به النساء؛ وذلك إذا انتقل إليهن الخمج بالاتصال الجنسى مع ذكر ثنائي الجنس.

#### الحدوثء

- النمط النموذجي: شائع في الشرقيين وفي اليهود
   الأشكيناز.
- النمط المتوطن في إفريقيا: نسبته ١٧ . ٨ ٩ ٪ من كل
   الخباثات في زائير.
  - النمط المترافق والتثبيط المناعي دوائي المنشأ: نادر.
- النمط المترافق والـ HIV: خطر الإصابة به في المصابين
   بالإيدز أعلى منه في الأشخاص الطبيعيين.

#### الأنماط السريرية:

أ- النمط النموذجي أو المدرسي: يحدث في الذكور المتقدمين بالعمر من منطقة البحر الأبيض المتوسط واليهود الأشكينان يظهر على نحو رئيس على القدمين وأسفل الساقين، حيث تحدث وذمة على نحو أولي وأفات بقعية جاسئة بلون أحمر بني إلى بنفسجي مزرق، وقد تصاب العقد اللمفية والأحشاء البطنية، ويترقى ببطء.

ب- النمط المتوطن في إفريقيا: هذا المرض أكثر شيوعاً في الأطفال في إفريقيا المدارية، ويصاب به الذكور أكثر من الإناث بنسبة ٢٠٠١، ويمكن تمييز ٤ أنماط سريرية منه: المقيدي والمتنبت والمرتشح ونمط اعتلال العقد اللمفية.

ج- النمط المترافق والتثبيط المناعي دوائي المنشأ، يحدث في مرّدرعي الأعضاء (الكلية خاصةً)، وفي المسابين

بالسرطان الخاضعين للمعالجة الكيميائية السامة للخلايا. يشفى هذا النمط حين إيقاف التثبيط المناعي.

د-النمط المترافق والإيدن سريع الترقي مع إصابة جهازية
 واسعة . يشاهد في نحو شلث المرضى الذكور الجنوسين
 المعابين بالإيدن

الآلية المرضية: تشتق خلايا غرن كابوزي من بطانة الجملة الوعائية المجهرية الدموية/اللمفية، وهو داء لا يتصف بخباثة حقيقية بقدر ما هو تكاثر خلوي: استجابة لعوامل وعائية المنشأ، ومن غير المعروف كيف يُحدث أو يحرُض الخمج بفيروس HHVA على تكاثر الخلايا البطانية.

#### سريرياً:

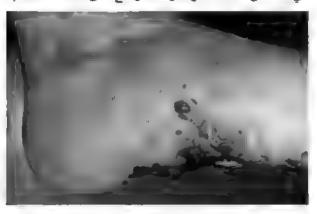
الأقات الجلدية؛ يبدأ غرن كابوزي غالباً بشكل بقعة أو بقعات كدمية المظهر، تتطور اللطخات إلى لويحات وعقيدات، وأورام بنفسجية اللون أو حمر أو سمر، كما تصبح مع الوقت أرجوانية بنية (الشكل ٣٧).

تتصف آفات غرن كابوزي بأنها مجسوسة، وهي صلبة قاسية حتى حين تكون بالمرحلة البقعية، وقد تظهر الآفات في البدء على مواقع الرضوح (في مناطق الأطراف عادةً)، ويزداد حجمها، وتتلاقى لتشكل كتلاً ورمية مع مرور الوقت، ترافقها وذمة نفية في الطرفين السفليين نتيجة لإصابة الأوعية والعقد اللمفية.

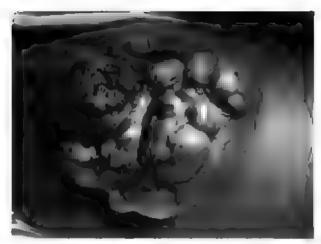
التوزع: واسعة الانتشار أو موضعة. تحدث آفات النمط النموذجي دائماً على القدمين والساقين إلى حد ما، وتنتشر ببطء تحو المركز، كما قد تصاب ذروة الأنف وما حول الحجاج، والأذنان. والفروة، أما إصابة الجذع فنادرة.

أما في غرن كابوزي المرافق للإيدز: فهناك إصابة مبكرة للوجه مع انتشار واسع على الجذع.

المُحَاطِيات، الآفات الفموية هي التظاهرة الأولى للإصابة هي ٢٧٪ من الحالات، وأكثر ما تتوضع على الحنك الصلب.



الشكل (٣٧) غرن كابوزي على القدم.



الشكل (٣٨) الغرن الليفي الجلدي الناشز الفحص العام: مع شيوع الإصابة الحشوية فإنها غالباً لاعرضية (خاصة بالنسبة إلى النمط النموذجي).

الفحص النسيجي؛ لابد من إثبات التشخيص بالخزعة التي تظهر وجود عقيدات مبعثرة داخل الأدمة مع قنوات وعائية مبطنة مبطنة بخلايا بطانية لا نموذجية ضمن شبكة من الألياف إضافة إلى تسرب الكريات الحمر خارج الأوعية

## وترسب الهيموسيدرين. السير والإندار:

- ●معدل البقيا الوسطى في النمط النموذجي ١٠-١٥ سنة.
- ♦ أما النمط المتوطن في إفريقيا فمعدل البقيا فيه في البالغين ٥-٨ سنوات، وفي الأطفال ٢-٣ سنوات فقط.
- ويشفى النمط المحرض بالعلاج المثبط للمشاعة بعد إيقاف العلاج.

يسير النمط المترافق وHIV ببطء على مدى عدة سنوات، حين يكون تعداد الخلايا +TCD4 مرتفعاً، أما حين انخفاض تعدادها؛ فيصبح السير سريعاً.

التعبير؛ هدف المالجة السيطرة على أعراض المرض: وليس شفاءه، وهناك عدة علاجات موضعية وجهارية.

يستجيب النمط النموذجي جيداً للمعالجة الشعاعية. أما النمط المتوطن في إفريقيا: فإنه يستجيب جيداً للمعالجة الكيميائية الجهازية حين يكون عرضياً.

ويستجيب النمط المرافق للإيدز للجموعة متنوعة من العلاجات الموضعية التي تشمل: التشعيع، والكي البارد والليزر، والاستنصال الجراحي.

ويومس بالمعالجة الكيميائية للإصابة الجلدية المخاطية الواسعة أو للإصابة الحشوية.

هو ورم نسيج ضام جلدي - تحت جلدي نادر وناكس وعدواني يظهر على شكل ثويحة قاسية مع عقيدات ملس ناتئة، يتفاوت ثونها بين ثون مشابه ثلجلد إلى ثون بني محمر، وتقيس نحو عدة سنتيمترات، تبدو الأفة الأولية ضمورية تندبية تتطور إلى كتل عقدية قاسية وشاذة، والمكان الانتقائي لهذا الورم هو الجنع (الشكل ٣٨).

الدراسة النسيجية: تشكلات ليفية حلقية بشكل العجلة، تتألف من أرومات ليفية مغزلية متراصة بشدة، وتشاهد بشكل عناقيد قصيرة.

الدراسة الكيميائية النسيجية المناعية تظهر على نحو دائم تقريباً وجود +CD34.

التعبير: الاستنصال الجراحي مع تطعيم جلدي، والنكس شائم، ويتطلب جراحة ثانية.

### ٣- الفرن الليفي العصبي neurofibrosarcoma:

ورم خبيث ينشأ على حساب همد العصب، في مرضى مصابين بورم تيفي عصبي neurofibroma عادة، ويُعدَ غرن النسلج الرخو: إذ إنه يشكل (٥-٧٪) من كل أغران النسلج الرّخوة.

الآلية الإمراضيّة: مع أن المرض يظهر عادةً في المُصابين بورام ليفي عصبي متعدّد (فون ريكلنفهاوزن): فإن ذلك ليس القاعدة في جميع الحالات؛ أما الأشكال الجلديّة الأولية منه؛ فعلى الرغم من ندرتها يلاحظ حدوثها على نحو متزايد.

الحدوث: غير شائع، يحدث في البالغين الشباب، أو حتى الأطفال حين يكون مُضاعفة لداء فون ريكلنفهاوزن: أو تطوراً للأورام الليفية العصبية.

تُشاهد تعسف حالات هذا الدورم هي معرضي فنون ريكلنفهاوزن، ويتطور ٥٪ من آفات هؤلاء المرضى إلى غرن ليفي عصبي هي مرحلة ما من حياتهم كما أن احتمال هذه الاستحالة لديهم هو أعلى بمئة آلف مثل مُقارِفَةُ بالأشخاص الأسوياء.

المظاهر السريرية: نظراً لتأثير الورم في النُسُج المرئة والمتحركة بسهولة: فإنه قد يكون موجوداً مئذ وقت طويل قبل أن يُكتشف. والمواضع الأكثر شيوعاً للإصابة به هي: السطوح الانعطافية للأطراف.

الأعراض، تتفاوت بشدة تبعاً لحجم الورم وموضعه وانتشاره، وتتضمن: توزّم النراعين أو الساقين تورماً غير مؤلم، والألم أو الإيلام والعرّج أو صعوبة استخدام النراعين أو الساقين.

التشريح المرضي، غالباً ما يكون المظهر النسيجي الأورام غمد شوان الخبيثة غير نوعي إلى حد ما، وهو مظهر غرن مغزلي الخلايا مع وجود أثر بسيط للييضات الدقيقة المتموَّجة الوصفية للورم الليفي العصبي.

الواسمات المناعيّة: تكون الواسمات البروتينية الأساسية وهي 100-8 - ايجابيّة في الغرن الليفي العصبي، ويجب التوجّه للتشخيص حين يبدأ الورم - الموجود بالأصل بحالة استقرار في مصاب بورام ليفي عصبي - بالأدياد حجماً أو قساوة، أو حين يصبح مؤلاً: لإجراء الخزعة التي تُعد الإجراء المُشخُص الحاسم.

العلاج والإندار؛ من الضروري اللّجوء إلى الاستنصال الجراحي الواسع أو حتى البتر؛ بسبب طبيعة هذا الورم العدوانيّة، وميله للنّكس وإحداثه النّقائل، لذا فالإندار مُحتَفَظاً به، أما معدال البقيا لخمس سنوات؛ فيبلغ نحو ما - 20.

ويجدر بالذكر أن سرطانات غمد شوان الجلديَّة الأوليَّة (غير الناشئة ضمن ليفوم عصبي) قد يكون إنذارها أفضل،

#### à- الفرن الوعائي angiosarcoma:

هو ورم نادر عالي الخباشة، ينشأ على حساب الخلايا البطانية للأوعية الدموية، ويتظاهر بشكل بقع أو حطاطات أو كلتيهما معاً ويشكل عقيدات ذات لون أحمر ساطع أو بنفسجي أو حتى بلون أسود (الشكل ٣٩). تتميز العقيدات بأنها قاسية تنزف وتتقرح بسهولة، وقد تحدث على الجلد الطبيعي وعلى الفروة وأعلى الجبهة، أو على وذمة لمفاوية موضعة كما في الوذمة اللمفاوية المحدثة بعد استئصال الثدي (متلازمة Stewart-Treves) أو في الوذمة اللمفاوية المحدثة بعد التشعيع.

تسيجياً، يتميز بقنوات مبطنة بخلايا بطانية عديدة الأشكال مع عدد كبير من الانقسامات الشاذة.

معدل البقيا لـ ٥ سنوات نحو ١٠٪.

#### اللمقومات الجلدية cutaneous lymphomas:

هي تكاثر في الأنسجة اللمفية لا تصيب أولياً نقي العظم بعكس ابيضاضات الدم التي تنشأ وتنطلق من داخل النقي. وهي نوعان: سليمة تسمى لمفومات كاذبة، وخبيشة تسمى لمفومات الجلد الخبيشة. وقد تكون الأخيرة ذات انجذاب بشروي تؤدي إلى تشكل أعشاش كما في الفطار الفطراني ومتلازمة سيزاري. وتنتمي خلاياها إلى اللمفاويات التائية التي قد تكون عميضة في الأدمة كما في اللمفومات ذات الخلايا البائية.



الشكل (٣٩) الغرن الوعائي.

## ١- لقوما الخلايا الثالية الجلدية (القطار الفطراني):

سريرياً: يتظاهر الفطار الفطراني rycosis fungoides ببقع أو ثويحات حمامية محددة بوضوح قد تكون سطحية غير مرتشحة تشبه الأكزيمة أو السعفات، ثم تصبح أكثر ثخانة ليصبح شكلها بيضوياً أو دائرياً، لكنها تصبح بعد مضي فترة من الوقت عقيدية أو ورمية مع تقرح أو من دون تقرح (الشكل ٤٠). ويبدي توضعها على الوجه سحنة الوجه الأحمرية الماحين تاوضع على مساحات واسعة فتبدو بشكل الأحمرية الجلدية.



الشكل (٤٠) لمُفوما الخلايا التائية الجلدية (المطار المطرائي).

أكثر ما تلاحظ هذه اللمفومات ذات الشيوع القليل بعد سن الخمسين.

سیر الٹرض: یتطور المرض علی ثلاث مراحل نسیجیة وسریریة:

أ- المرحلة الحمامية قبل الفطارية: تتظاهر بلويحات حمامية وسفية محددة جيداً، حاكة ليس لها توضع مفضل. تدوم هذه المرحلة عدة سنوات، وتتصف بأنها لا تكون وصفية لا سريرياً ولا نسيجياً كما أن تشخيصها صعب حتى بالخزعات الجلدية المتكررة. تلتبس هذه المرحلة بجلادات عديدة كالأكزيمة النمية والتأتبية والصداف الشائع ونظير الصداف اللويحي.

ب- مرحلة الارتشاحات؛ غالباً ما تبدأ اللويحات بالارتشاح من حوافها في هذه المرحلة.

ج- المرحلة الورمية: تتظاهر بعقيدات ورمية إما على جلد سليم وإما في مستوى الأفات الحمامية قبل الفطارية أو اللويحات المرتشحة.

وتكون الأورام ذات قاعدة عريضة دائرية أو نصف كروية كما أنها قد تتقرح ثانوياً. تحدث هذه المرحلة الورمية بعد فترة مختلفة قد تبلغ سنوات غالباً.

تنتقل الإصابة في المراحل المتقدمة إلى العقد اللمفاوية وإلى الأحشاء (الكبد والرئة والطحال).

#### التشخيص:

أ- الدراسة النسيجية والمناعية تظهر الرشاحة بالخلايا .CD وأحياناً ,CD وأحياناً ,CD الفطارية، وهي وحيدة النسيلة من نمط ،CD وأحياناً ,CD المرض تكون متزامنة مع وجود انتشار



الشكل (٤١) متلازمة سيزاري (الرجل الأحمر).



الشكل (٤٦) لفوما الخلايا البائية الجلدية للمفاويات التاثية.

#### ب- قحص الدم:

 ارتضاع الحمضات وخلايا سيزاري؛ وهي خلايا غير نموذجية جوالة في الدم.

• ارتفاع عدد الكريات البيض حتى ٢٠٠٠٠.



الشكل (٤٣) الداء الحطاطاني اللمفاني (في الناحية الأثيوية المخدية).

## ج- قحص نقي العظم: غير مفيد في المراحل المبكرة.

### ۲- متلازمة سيزاري Sezary syndrome:

هي شكل خاص من اللمفوما الجلدية التأثية تتميز باحمرار جلد معمم في الجذع والأطراف، واعتلال العقد اللمفية الحيطية، وتوجد الخلايا اللمفية الشاذة في الجلد والدم.

التظاهرات السريرية: احمرار وتوسف معمم مع ترفع حرارة الجلد، وسمي المرض متلازمة الرجل الأحمر (الشكل ٤١)، بسبب منظر الجلد الأحمر اللماع.

#### ٣- اللمفوما الجلدية البائية (للفوما الخلايا B):

هي تكاثر نسيلي للمفاويات B يصيب الجلد، وقد يشترك واللمفوما B المعممة.

هذه اللمغوما مرض نادر يظهر بعد سن الخمسين بشكل لويحات أو عقيدات لأعرضية وبلون أحمر وردي وسطح أملس

وحواف وإضحة محددة (الشكل ٤٢).

التشريح المرضي: تبدو فيه رشاحة كثيفة من الخلايا اللمفاوية تحت البشرة، تفصلها عنها منطقة من الياف الفراء.

## 4- الداء المطاطاتي اللمضائي المصاطاتي papulosis:

هو طفح مزمن، لا عرضي متعدد الأشكال محدد لذاته، أسبابه غير معروفة، ويتميز بمجموعات ناكسة من الأفات التي تتراجع تلقائياً مع تظاهرات نسيجية تبدي تفاويات لا نموذجية.

يتميز الحطاطاني اللمفاني بأنه لمفوما تالية الخلايا، منخفضة الدرجة محددة لذاتها، كما يتصف بنسبة خطر منخفضة للتطور نحو لمفومات أخرى أكثر خباثة (الشكل ٤٣).

للمعالجات الموضعية local therapy في طب الجلد مكان بارز؛ ذلك أن لتطبيق المادة الدوائية مباشرة على الآفة الجلدية ميزتين: الأولى أن تركيز العلاج على الآفة يكون مثالياً، والثانية إنقاص التأثيرات الجانبية غير المرغوب فيها باستعمال الدواء داخلياً، وكثيراً ما يكتفى بمعالجة الأمراض الجلدية معالجة خارجية فقط.

يبلغ سطح الجلد كما هو معروف ه , ١-٣٩١، ويما أن خاصة الامتصاص قوية في الجلد؛ فإنه يعد عضواً مهماً في امتصاص المستحضرات الدوائية التي تطبق عليه، وقد يؤدي ذلك إلى تأثيرات مجموعية من جراء تسرب الأدوية للأوعية اللمفية والدموية، كما يحدث في التسمم بحمض الصفصاف حين تطبيقه بشكل وذلين حمض الصفصاف على مساحات واسعة من الجلد.

تزداد خاصة الجلد الامتصاصية في المناطق المؤوفة والمتأذية منه، كما في الصداف؛ إذ يزداد امتصاص الدواء المتوضع على البقعة الصدفية عدة مرات عما هو عليه في امتصاص الجلد الطبيعي، وكثيراً ما يؤدي تطبيق الإنترالين (ديترانول) لمالجة الصداف على الناطق المذحية إلى فعل السمامي على الرغم من حسن تحمله وعدم إحداثه لذلك الفعل حين يطبق على مناطق الجسم الأخرى، كما تختلف درجة الامتصاص باختلاف المنطقة التي يطبق عليها الدواء، فمنطقة جلد الصفن مثلاً تبلغ نسبة الامتصاص فيها مئة ضعف مقارنة بمناطق الجسم الأخرى، ويزداد امتصاص الدواء كذلك في المناطق كثيفة الأشعار أو كثيفة الجربيات الرَّهُمِيةَ، وعلى العكس من ذلك قإن امتصباص الدواء واختراقه للجلد يكون قليلاً نسبياً في المناطق الجلدية مفرطة التقرن كما في الراحتين والأخمصين. ويجب الانتباه إلى أن درجة امتصاص الأدوية ونفوذها خلال جلد الأطفال أكبر مما هي عليه في الكهول بكثير، لذلك يسهل مرور السموم من خلالها أسرع مما تمر خلال جلد الكياركما يحدث حين معالجة مناطق واسعة من الجسم بكمادات مرطبة من حمض البوريك.

إضافة إلى المالجات الموضعية تستعمل في أمراض المجلد معالجات جهازية أو داخلية ومعالجات قريبة وحرورية ومعالجات فيزيائية وجراحية يُعرض لها جميعاً فيما يلى:

## أولاً- الأدوية والمداواة الخارجية:

تحتوي جميع الأدوية التي تطبق خارجياً على الجلد على مكونين رئيسين، هما:

١- الأساس base: ويدعى أيضاً السواغ أو الحامل carrier.
 ١- الثادة الضمالة أو المؤشرة active ingredient: وكلاهما مهمان في المالجة.

## ١-- الأساس أو السواغ vehicle:

هو المادة الحاضنة للمادة المؤثرة، يقوم بوظيفة حمل المواد الضعالة وإيصالها إلى المنطقة المتأدية من الجلد، والسواغ ليس مادة عاطلة تضاف الله الفراغ، وإنما هو مادة قد يكون لها شأن علاجي بمفردها كالمراهم المطرية للجلد. ولا يقل انتقاء السواغ أهمية عن انتخاب المادة الفعالة في معالجة الأفة الجلدية؛ ذلك لأن للأساس الذي ينتقى على نحو صحيح فعلاً شافياً بعكس الأساس الذي لا يحسن انتقاؤه، فقد يؤدي إلى تفاقم الأفة.

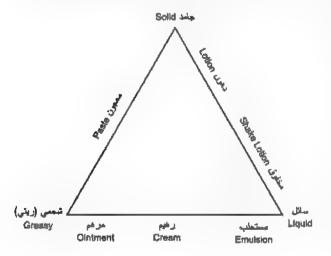
## وللأساس أشكال مختلفة:

ا- شكل جامد: (كالمساحيق) مثل أكسيد الزنك وكربونات الزنك وأكسيد الحديدي.

ب- شكل سائل: مثل الماء والكحول والمذيبات الأخرى.

ج- شكل شحمي أو زيتي: مثل البارافين السائل والبارافين الطري الأبيض أو الأصفر والملانولين (كحول الصوف) ويروبيلين غليكول propylene glycol.

وتتركب الأشكال الصيدلانية المهمة للأسس من معاجين ومراهم ورهيمات ودهونات، وذلك بمزج شكلين أو أكثر من السواغات كما هو ظاهر في الشكل الترسيمي التالي:



#### ٧- المادة أو المواد المؤكرة:

هي المادة أو المواد المنتخبة للتأثير في الأفة الجلدية، وقد تكون مطهرة أو مضادة للالتهاب أو مضادة للفطور أو مضادة للحكة أو مضادة للطفيليات أو حالة للتقرن... إلى وفيما يلي ذكر أهم الأشكال الصيد لانية لأسس الأدوية الخارجية، ثم أهم الأشكال الصيد لانية الدوائية بعد إضافة المواد المؤثرة إليها.

## أهم الأشكال الصيدلانية لأسس الأدوية الخارجية:

1- المساحيق powder: يكثر استعمال المساحيق خارجياً لتأثيراتها المجففة - بزيادة امتصاص النتوح من سطح الجلد - والمبردة - بتوسيع جزئياتها سطح التماس الجلدي ومن ثم تبخرها- والمضادة للالتهاب والحكة - نتيجة فعلها المبرد الناجم عن التبخر والمؤدي بطريق الفعل الانعكاسي إلى تقبض أوعية الجلد.

قد يستعمل المسحوق بمضرده أو مع مسحوق أخر، وهناك مساحيق خاملة inert أي ليس لها تأثير دوائي، ومساحيق فعالة ذات تأثير دوائي مثل أكسيد الزنك وأكسيد المفنزيوم وثاني أكسيد التيتانيوم وتحت نثرات البزموت، كما يمكن إضافة العديد من الصادات أو مضادات الفطور أو المطهرات إلى المساحيق.

مضادات استطباب المساحيق؛ حِفاف الجلد والجلادات المتآكلة النازة والمتجلبة بشدة لخطر حدوث خمج ثانوي.

ومثالاً على المساحيق السحوق التالي القابض الذي يستعمل لمالجة التهاب الحشفة التآكلي.

حمض التنيك (حمض الدبغ) ٣غ ع tannic acid 3. طلق talc.

أكسيد الرّنك/مم ١٥٠ zinc oxide aa to 50g.

\* الدهونات lotions أو الدهونات المخفوقة shake lotions هي معلقات مواد صلبة في سائل قد يكون ماء أو كحولاً.

يتصف الدهون بتبخر سائله بعد تطبيقه على سطح الجلد؛ مما يؤدي إلى التصاق المسحوق على الجسم، أي التصاق المادة الدوائية بالجلد بشكل طبقة رقيقة، ويشتنا التصاق الدهونات بإضافة الغليسيرول أو الغول الصوفى

التأثير العوالي، للدهونات تأثيرات مبردة وقابضة ومجففة ومضادة للالتهاب السطحي كما تستخدم عوضاً عن الراهم حين يكون الجلد متهيجاً وحساساً.

التأثيرات الجانبية: الدهونات غير ملائمة في معالجة الأفات المتجلبة والنازة: ذلك لأن طبقة المسحوق الملتصفة

على سطح الجلد تؤدي إلى إعاقة المفرزات وإلى تقبل الأخماج الشائعية الشائعية الشائعية الاستعمال دهن الكالامين.

كالأمين ١٥غ calamine 15g.

اكسيد الزنك 6غ zinc oxide 5g.

غلیسرین هغ glycerin 5g.

ماء مقدار كاف لـ ١٠٠غ.

#### :ointments المراهم

مستحضرات طرية تتلين وتدوب في حرارة الجسم، ولها شأن مهم؛ لأنها أكثر حوامل الدواء استخداماً في المعالجات الجلدية، وهي لا تحتوي على الماء، أو تتضمن القليل منه. تتكون الأسس الرئيسية المستخدمة حالياً في المراهم من مركبات دهنية مثل الوذلين واللانولين والبارافين السائل وشحوم تركيبية أخرى، مشل بولي إيشلين غليكول ومضادات الأكسدة. ويطلق مصطلح المرهم المحي للدهن على المستحلبات المحبة للدهن من نمط الماء في الزيت، وهو سواغ شحمي القوام يتصف بقلة انتشاره، ويستخدم في الوقت الحاضر لصنع المراهم.

الاستطبابات: تستخدم المراهم في إزالة الوسوف (مثل وذلين حمض الصفصاف) وفي معالجة فرط التقرن، ومعالجة جفاف الجلد في المصابين بانعدام الزهم (السماك) وفي معالجة التهاب الجلد المزمن (الصداف).

التأثيرات الجانبية: تعوق المراهم الدهنية تحرر كل من الماء والحرارة؛ مما قد يؤدي إلى زيادة الالتهاب ولاسيما في حالات التهاب المجلد الحادة، كما أنها تحض على إحداث خلل التعرق حين تطبيقها على الراحتين والأخمصين بسبب سدها قنوات الغدد العرقية الناتحة. وقد يحدث خمج ثانوي إذا ما انسدت الجريبات.

#### t- الرهيمات creams:

تطلق على المراهم التي تحتوي الماء. يتركب الرهيم هي الأساس من مستحلب ومواد دهنية. أما المستحلب من نمط زيت في الماء فهو قطيرات من الريت أو الدهن موزعة في الماء، ويؤدي انحلال قطيرات الزيت في الماء (ز/م) إلى إحداث مركب من السهل التصافه بالجلد، كما يتصف بقابليته للفسل، ويعدم تلويته التياب ويسرعة انتشاره ويتأثيره البرد. وكمثال على مستحلبات من نمط الزيت في الماء حليب البقر والعديد من المزوقات المرطبة أو الرهيمات النهارية، وقد تكون الرهيمات النهارية، وقد تكون الرهيمات من نمط اخر هو نمط الماء في الزيت (م/ز)؛ وهو

قطيرات الماء الموزعة في الرّيت على نحو متجانس، وكمثال عليها الزيدة ورهيمات المزوقات الليلية ويدعى هذا النمط - بحسب أساسة - الرهيم محب الدهن، وتمثلك هذه الرهيمات خواص منفرة للماء.

التأثيرات الجانبية للرهيمات؛ للرهيمات تأثيرات مجففة، وذلك بسبب ميلها إلى التبخر.

الاستطبابات: يوصى بتطبيق الرهيمات في الجلادات الالتهابية الحادة أو النازة وفي جميع حالات الإصابة بالمث مضادات الاستطباب: لا يوصى باستعمال هذه الرهيمات في المصابين بجفاف الجلد الشديد مثل السماك والحزاز المحصور البسيط، حيث يفضل فيها استعمال المراهم.

### ه- المستحلبات الثائمة liquid emulsions (الدهونات):

ليست هذه المستحلبات سوى مزوقات شديدة الميوعة، وهي ذات أساسات سائلة، حليبية اللون، تتكون في الأساس من ماء مع عوامل محدثة للاستحلاب: أي إنها مستحلبات محبة للماء من نمط ز/م. كما لها أهمية كبيرة في المزوقات؛ لأنها منظفة، وتستخدم دهونات للجسم، أما في الطب فتستخدم أساسات للسيتروئيدات القشرية، ومن الضروري إضافة الحافظات الى هذه المستحلبات.

التأثير النوائي: تملك هذه الأساسات فعلاً سطحياً هي الجلد: إذ لها تأثير زيتي مبرد نتيجة تحرر الماء من المستحلب؛ محدثاً تأثيراً مضاداً للالتهاب، وتمتاز بالتصاق جيد على الأغشية المخاطية.

التأثيرات الجانبية، لهذه الدهونات فعل مجفف للجلد حين استعمالها مدة طويلة.

الاستطبابات: تطبق على الأفات الالتهابية الحادة والناتحة كالتهاب الجلد بالتماس وخلل التعرق وأكزيمة خلل التعرق، وتصلح لمعالجة المناطق المذحية.

#### ۱- الماجين pastes:

(مراهم المسحوق) تتكون من مزيج من الدهن مع المسحوق وبمقادير متساوية عادةً، وقد تزاد كمية الدهن على كمية المسحوق بغية الحصول على معاجين طرية، أو تزاد كمية المسحوق على كمية المحدول على معاجين قاسية، وهنائك معاجين معيارية كمعجونة لاسار المستخدمة في معالجة بعض الأمراض الجلدية لفعلها المبرد والمضاد للالتهاب والحافظ للحرارة، وتركيهها:

أكسيد الزنك ٢٥غ zinc oxide 25g.

نشاء الحنطة ٢٥غ wheat starch 25g.

وذلين أبيض لتشكيل ١٩٠٤غ white petrolatum to make

.100g

استطباب المعاجين: للمعاجين تأثيرات مبردة وماصة للمفرزات، وتطبق لتغطية حواف القرحات الركودية على نحو خاص (المعاجين القاسية) كما تفيد في معالجة الأفات الجلدية تحت الحادة والمزمنة، وهي تلائم المرضى الذين لا يعانون من انعدام الزهم (المعاجين الطرية).

التأثيرات الجانبية، للمعاجين الصلبة خصوصاً تأثير حافظ للحرارة، لذلك فهي لا تستعمل في حالات النهاب الجلد الحاد وحالات الجلد التقرحية أو التأكلية. كما يحسن الا تستعمل المعاجين على الراس بسبب التصافها بالأشعار وصعوبة إزالتها.

#### ۷- الشرائط اللاصقة plasters:

هي في الأساس مواد لدينة plastic، وتحتوي عناصر دوائية فعالة، وقابلة للالتصاق بالجلد. تتصف هذه الشرائط اللاصقة بتأثيرها العميق والمُطري، ويستعمل بعضها في معالجة التقرانات الراحية الأخمصية؛ لاحتوائها على حمض الصفصاف.

### dermatological tinctures الصبغات الجلدية- ٨-

هي محاليل غولية لمادة دوائية، ويكون معظمها على شكل محاليل سائلة هي حرارة الغرفة. تستعمل الصبغات في معالجة الأفات الجلدية الموضعة فقط وفي معالجة الثآليل، تُذكر من الصبغات صبغة البودوڤيلين podophyllin التي تستخدم في معالجة الورم اللقمي المؤنف وصبغة اليود التي تمتلك خواص مطهرة، ولا يطبق أي من الصبغتين للحوامل. محلول اليود لاغ Jodine solution 2g.

#### ٩- المعاليل المالية aqueous solutions:

هي محاثيل بعض الأدوية في الماء كمحلول برمتفتات البوتاسيوم المطهر (٢٠٠١ في الماء) والمستخدم بكثرة في معالجة الأمراض الجلدية، إما لغمس الضمادات الرطية بعية الحصول على تبخر سريع وإما لإجراء المفاطس الجزئية أو الكاملة للجسم.

#### ٠١- الحمامات baths:

القصد من هذه الحمامات المداواة، وذلك بإضافة مواد دوائية كبرمنغنات البوتاسيوم أو بيكربونات الصوديوم أو زيوت أو معقمات لمياه الحمام الدافئة (٣٠-٣٠) أو الساخنة (٣٠-٤٠). وقد تكون الحمامات جزئية بفطس جزء من الجسم كالقدمين والبدين أو المقعد أو تكون شاملة لكل الجسم.

التأثير الدوائي: للحمامات تأثيرات منظفة ومطرية، تزيل التراكمات كالجلبات والوسوف والمفرزات وبقايا المراهم: لذا فإنها تستعمل لمعالجة الأفات الجلدية النازة والتقرحات الجلدية.

#### ۱۱- الضيمادات الرطبة wet dressing:

تحضر بغمس قطع نسيجية من الموصلين أو الشاش المطوي بمحاليل مائية مطهرة، ثم تعصر قبل تطبيقها على الأماكن الجلدية المتأذية.

التأثير الدوائي: تخفف الضمادات الرطبة الباردة التورم، كما أنها مضادة للالتهاب ومخففة للحكة نتيجة البرودة المحدثة بالتبخر، وتستخدم الضمادات الرطبة كذلك لإزالة التراكمات، مثل الجلبات والوسوف أو المفرزات بغية تنظيف التقرحات المغطاة بالمفرزات كما أنها تساعد على حدوث التظهرن، ويجب إعادة ترطيب الضمادات بانتظام كلما جفت القطع التسيجية المستعملة.

التأثيرات الجانبية: قد تؤدي إلى إحداث التعطن وزيادة نمو الجراثيم.

الاستطهابات؛ يستطب تطبيق الضمادات الرطبة في معالجة الأفات الجلدية الفقاعية - الحويصلية السطحية والمتجلبة والنازة والملتهبة، كما تستخدم في تنظيف القرحات.

۱۷- الضمادات الرطبة الكتيمة occlusive wet dressing تطبق الضمادات الرطبة كالعادة، ثم يمنع التبخر بتغطيتها بمواد كتيمة كالمواد اللدينة.

التأثير الدوائي، للضمادات الرطبة الكتيمة فعل مهم في إحداث التبيغ وفي زيادة حرارة الجلد بحصرها للدفء والماء المنطلقين من سطح الجلد، أما فرط التبيغ فيؤثر في الأمراض التي تتوضع في العمق مثل التهاب الأوردة أو خمج الهلل العميق.

التأثيرات الجانبية: خطر التعطن إذا ما استعملت الضمادات الرطبة الكتيمة بكثرة، عدا ما لها من خطر كبير في حدوث الأخماج ونمو الفطور تحتها.

ثانياً - الأدوية الموضعية الأكثر استخداماً في طب الجلدة تصنف الأدوية المعالة موضعياً في الأفات الجلدية في زمر؛ ليسهل على الطبيب الرجوع إليها وانتقاء الزمرة المناسبة لمعالجة ما يعرض له من أمراض في ممارسته.

#### ١-- الستيروثيدات القشرية corticosteroids:

تعدّ الستيروليدات القشرية من أكثر الأدوية المستعملة في الطب الجلدي لما لها من شأن في معالجة أمراض الجلد الأرجية والالتهابية، وتماثل آلية تأثيرها آلية تأثير

الستيروئيدات التي تعطى داخلياً.

وهناك مجموعة كبيرة من المستحضرات الستيروئيدية التي تطبق خارجياً، لبعضها فعالية ونفوذ جلدي قويان مثل بروبيونات الكلوبتازول في حين تكون فعالية بعضها الأخر ونفوذه الجلدي ضعيفين مثل الهيدروكورتيزون، وبينهما ستيروئيدات قشرية معتدلة الفعالية للألك صنفت الستيروثيدات القشرية في سبع زمر بحسب فعاليتها المضادة للالتهاب، الزمرة الأولى- ] أشدها فعالية، والزمرة السابعة VII أضعفها، ويشتخب الدواء اعتماداً على نوع المرض الجلدي وتوضعه وعلى عمر الريض وحالته المادية، فالأفات المحددة مثل الأكزيمة الدينارية والذأب الحمامي القريصي تعالج بالزمر الستيرونيدية Li- L في حين يعالج التهاب الجلد المثى والتهاب الأجفان بالزمر VII-V. وتعالج المناطق المُنحية (تحت الإبطاء حول الشرج) بالرّمرة VII : ذلك لأن رطوبة تلك الأماكن تزيد من شدة امتصاص الدواء، أما مناطق الأخمصين فتعالج بالزمارة [-II لثخن جلدها. كما ينتبه للستيروئيدات المفلورة التى تتصف بفعاليتها الفوية الناجمة عن إضافة جزىء الضلورين إليها، وتكون تأثيراتها الجانبية أكثر من الستيروئيدات غير المفلورة، وبجب أن ينتبه الطبيب حين يصف ستيروئيدا موضعيا بعود لزمرة ذلك الدواء ألا يتجاوز مقدار الستيروئيدات الموضعية ذات الفعالية القوية (زمرة ١) أكثر من ٤٥-٢٠ غراماً أسبوعياً، كما يجب الانتباء لدورة المعالجة بالستيروئيدات الموضعية؛ ذلك أنه يجب التوقف عن تطبيق الدواء الستيروئيدي ذي الفعالية الشديدة مدة أسبوع بعد فترة أسبوعين من التطبيق، وذلك لتجنب حدوث التأثيرات الجانبية، وعدا هذا فإن الستيروئيدات الموضعية تمتص بسرعة في مناطق الجلد الملتهبة، كما أن تطبيق ضماد كتيم فوق الأفة المطبق عليها الستيروئيد الموضعى لأكثر من ثمانى ساعات يومياً يؤدي إلى إماهة الطبقة القرنية؛ مما يؤدي إلى تسهيل نفوذ الستيروتيدات أيضاً إضافة إلى أنه كثيراً ما يؤدي إلى ظهور أخماج والتهابات الأجرية الشعرية بالمكورات العنقودية كما يؤدي إلى نمو الخمائر.

التأثيرات الجائبية للستروليدات القشرية هي، التهاب الجلد بالتماس والحكة وحس اللسع والتهيج وجفاف الجلد (غالباً ما ينجم عن السواغ) ونمو الأشعار ونقص التصبغ والتهاب الأجربة الشعرية والفرزر الجلدية وضمور الجلد وتوسع الأوعية الشعرية والفرفرية ووردية الوجه والتهاب جلد ما حول الفم وابيضاض الجلد من جراء تقبض الأوعية

الدموية. كما قد يكون لها تأثير جهازي لامتصاصها ولاسيما أذا طبقت الستيروثيدات ذات الفعالية القوية على الجلد، وتتجلى تلك التأثيرات بالساد والزرق والقرحات المعدية أو العفجية مع احتمال الانتقاب والتهاب المعتكلة والتأثيرات العفجية الجهازية النفسية. والرضع أكثر تعرضاً للتأثيرات الجانبية الجهازية باستعمال الستيروئيدات القشرية بسبب زيادة نسبة سطح أجسامهم إلى أوزانهم. بيد أن استعمال هذه الستيروئيدات استعمالاً رشيداً يجنب حدوث هذه التأثيرات الجانبية غير المرغوبة. ولتفادي التأثيرات الجانبية للستيروئيدات الموضعية المذكورة يمكن حديثاً استعمال مشيطات الكالسينورين الموضعية (وهي معدلات مناعة غير الكالسينورين الموضعية (وهي معدلات مناعة غير ستيروئيدية) كمرهم tacrolimus (۴۰, ۱۰٪ و ۱۰, ۱۰٪) أو رهيم

### ٧- مضادات الهستامين الوضعية:

ليس لها سوى شأن ثانوي واستطباباتها محدودة حين تطبق خارجياً لفعاليتها الموضعية الضعيفة، عدا أن المستحضرات الدوائية الموضعية لهذه المضادات قليلة في الأسواق، ولكن لا يستغنى عن استعمالها داخلياً.

#### ٣- المظهرات:

هي مواد قادرة على تدمير العضويات الدقيقة أو كبح نموها، تأثيرها سريع، لكنه قصيير الأمد؛ لذا يجب استخدامها عدة مرات يومياً. تستعمل المطهرات في معالجة العديد من الجلادات الخمجية كما تستعمل في الوقاية من الأخماج خاصة. ومن العلهرات الستعملة: الإيوزين المائي أو الكحولي بنسبة ٢٪ والمحاليل اليودية التي لها فعالية مضادة للفطور إضافة إلى فعلها المضاد للجراثيم والماء الأكسجيني وبرمنغنات البوتاسيوم وتطبيق نترات الفضة بشكل محلول مائي بنسبة ١-٢٪.

#### إلى المضادات الحيوية الموضعية:

توجد على شكل محاليل أو رهيمات أو مراهم أو هلامات .gel وأكثر المضادات الحيوية الموضعية التي تستخدم في معالجة الأمراض الجلدية هي:

الجنتامايسين والنيومايسين وفوسيدات الصوديوم والكليندامايسين والأوكسي تتراسكلين، والإرتيرومايسين. ويضاف إلى ما تقدم الماكروليدات الحديثة كالموبيروسين mupirocin. تفيد المضادات الحيوية في معالجة الجلادات المتقويشة شانوياً في سياق الجلادات المعروفة بسرعة استعمارها، كما في التهاب الجلد التأتبي. كما تفيد في معالجة الحمرة والتهاب الجلد التأتبي، كما تفيد في معالجة الحمرة والتهاب الجلد بالعقديات والعنقوديات.

وأهم التأثيرات الجانبية للصادات الوضعية هي: إحداث بعضها تحسساً موضعياً كالنيومايسين.

أما السلفاميدات فقد بطل استعمالها موضعياً في الوقت الحالي بسبب قدرتها المحسسة ضيائياً وقدرتها الأرجية العالية موضعياً.

#### ه- المضادات الفطرية:

توجد مستحضراتها على شكل مساحيق ومراهم ورهيمات وسوائل. توجد حائياً مستحضرات فطرية جديدة ذات طيف واسع وتأثير جيد في كلّ من المبيضات البيض ويقية الفطور الأخرى كالنخالية المبرقشة، تُذكر منها الأميدازولات التي ينضوي تحتها كل من الكيثوكونازول والميكونازول والإيكونازول والمبياندازول والكلوتريمازول... إلخ والأليلامين المتي ينضوي تحتها كل من النافتيضين naftifine

#### ٦- المضادات الفيروسية الموضعية:

تعالج الأخماج الفيروسية حالياً مثل الحلا البسيط وداء المنطقة والحماق بكل من المركبات التالية؛ الأسيكلوفير والأوكسي أوريدين، كما يستعمل موضعياً البودفيلين بوصفه موقفاً للثمو الخلوي في معالجة الثاليل واللقموم القنبيطي المؤنف؛ ولكن هذه المادة مضادة للاستطباب في الأطفال والحوامل.

#### ٧- مضادات الطغيليات الموضعية:

تعالج بها الأفات الطفيلية الإنسانية مثل الجرب والقمال، ومن الستحضرات الثوافرة في السوق العالجة هند الأمراض،

- بنزوءات البنزيل: ويتصف بتخريشه الموضعي الخفيف.
- الليتدان: ويستعمل لمالجة الجرب بشكل رهيم ١٪،
   ولمالجة القمال على شكل مسحوق، ولهذا المستحضر
   محاذير سمية عصبية، يفضل عدم وصفه للأطفال والمراة
   الحامل.
- البيريتيونثيدات؛ وهو مستحضر قليل التخريش وغير
   محسس إلا أن فعاليته أقل من بنزوءات البنزيل.
- الكروتاميتون: وهو مضاد طفيلي ضميف كما أنه مضاد للحكة.

 المهترونيدازول: مضاد جهازي للطفيليات كما يفيد في معالجة الجراثيم اللاهوائية. يستعمل موضعياً العالجة وردية الوجه لتأثيره في الدويدة الجرابية التي قد تكون أحد مثيرات هذا المرض.

### ٨- موقفات التكاثر الخلوي الموضعية:

تؤثر بتخفيف فرط تكاثر الخلايا البشروية. ويجب على

الطبيب قبل أن يصفها أن يكون ملماً بتأثيراتها الجانبية، وهي: جفاف الجلد والتهيج وتفاقم الأعراض العابر، وتوصف المالجة مساءً دوماً للوقاية من الشمس.

## وأهم أصناقها المستخدمة في طب الجلد هي:

- فلوروپوراسیل: ویستخدم فی معالجة الشقرانات الضیائیة ویعض آشکال فرط تنسج الجلد وداء بوین.
- محلول الميكلوريتامين mechlorethamine: وهوخردل ازوتي، يستعمل خارجياً كمحلول مائي يتركيز ٢٠,٠٪ في معالجة الفطار الفطراني.
- البودوفيلين: مضاد انقسام يوقف الانقسام الخلوي في الطور التالي metaphase، ويستعمل في معالجة الأورام القنبيطية الحموية التناسلية.

#### ٩- الواقيات الشمسية:

أوضحت التجارب والملاحظات ضرر التمرض طويل الأمد لأشعة الشمس، وحتى التعرض قصير الأمد ولاسيما المتكرر الذي يؤدي إلى تأثيرات تراكمية، سواء أكان التعرض بداعي الاستجمام أم بدواعي المهنة، وقد أصبحت الوقاية من الأشعة الشمسية في الوقت الحاضر مفيدة لكل إنسان ولاسيما الأطفال؛ وذلك من جراء ما حدث من العبث بالبيئة، وأدى الأطفال؛ وذلك من جراء ما حدث من العبث بالبيئة، وأدى من الأرض، هذه الطبقة الأوزون حتى نفاذها من فوق بعض المناطق من الأرض، هذه الطبقة الموجودة في طبقات الجو العليا، وتقوم بحماية الجسد من بعض إشعاعات الطيف الشمسي الضارة، وهي الإشعاعات التي تؤدي إلى حدوث أذيات ضيائية شديدة. ذكر منها أكثر من علائمة الشمسية حماية الإنسان الجلدية. وتوفر الواقيات من الأشعة الشمسية حماية الإنسان من الأذيات الضيائية حين يستحيل تجنب التعرض لأشعة الشمس؛ ولاسيما في فصلي الربيع والصيف ولاسيما الأشخاص الذين لديهم قابلية للإصابة بالحرق الشمسي.

تقوم الوقاية من أشعة الشمس على ارتداء الثياب الواقية المناسبة، واستعمال المستحضرات الواقية من الضياء التي تعكس الأشعة أو تشتتها أو تمتصها وتحتفظ بها وتمنعها من اختراق الجلد. علماً بأن الملابس العربية التي تغطي الرأس والأطراف سواء ما يرتديه الرجال منها أو النساء ذات فائدة كبيرة في الوقاية من الأذيات الضيائية.

هنائك المئات من المستحضرات التجارية الواقية من أشعة الشمس، والمهم اختيار الواقي الملائم لمن يستعمله وفضاً للشروط المتعلقة بنمط جلده، وما إذا كانت بشرته جافة أم دهنية، أم مضرطة التقرن، وما إذا كان يريد تطبيق الواقي بغرض الاستحمام أو السياحة وما إذا أريد تطبيق الواقي

لكهل أم تطفل.

فعلى سبيل المثال: تحتاج البشرة الفاتحة الشقراء إلى واق عامل الوقاية فيه أعلى مما تحتاج إليه البشرة السمراء، دواعي استخدام الواقيات الشمسية: تستخدم الواقيات

أ- الوقاية من الحروق الشمسية.

الشمسية للأغراض التالية:

ب الوقاية من التصبغات الجلدية.

ج- الوقاية من سرطانات الجلد.

د- الوقاية من شيخوخة الجلد المبكرة.

ه- في المسابين بآفات جلدية يخشى تفاقمها بالتعرض لأشعة الشمس كالمسابين بالذأب الحمامي والشرى الشمسي والبورفيريا.

كيفية اختيار الواقي الشمسي، يجب حين اختيار الواقي الشمسي الأخذ بالموامل التالية:

أ- عامل الحماية أو الوقاية من أشعة الشمس؛ وهو نسبة أصغر جرّه من جرعة أشعة الشمس (الأشعة ما فوق البنفسجية ب) المحدث لحمامي (احمرار) في منطقة الجلد المطبق عليها الواقي إلى جرعة أشعة الشمس المحدثة للاحمرار الجلدي دون أن يطبق عليه الواقي، فمثلاً إذا طبق على الجلد واق عامل حمايته ١٥؛ فهذا يعني أن الفرد الذي طبق عليه هذا الواقي يستطيع أن يتعرض للشمس مدة أطول بـ١٥ مرّة من المدة التي يتعرض لها الجلد غير المغطى بواق. ويشكل آخر:

عامل الوقاية = جرعة الحمامي الصعري على الجلد المُفطى بالواقي - عامل الوقاية = جرعة الحمامي الصغري على الجلد غير المُغطى بالواقي

فَمثلاً إذا استغرق احمرار البشرة الطبق عليها مدة ٣٠٠ دقيقة. في حين استغرق احمرارها دون تطبيق الواقي مدة ١٠ دقائق: فإن عامل الوقاية هو ١٠/٣٠ = ٣٠.

ويتعبير آخر؛ إن الفرد الذي يتعرض لحرق شمسي بعد ٢٠ دقيقة من التعرض للشمس؛ لا يتعرض للحرق نفسه إلا بعد ساعتين من استخدام واق عامل الوقاية فيه ٤٠ بيد أن جدوى المستحضرات الواقية التي لها عامل وقاية يزيد على ٣٠ لا تقل كثيراً عن جدوى المستحضرات التجارية التي لها عامل وقاية التي لها عامل وقاية منا على عامل وقاية عن جدوى المستحضرات التجارية التي لها عامل وقاية ٠٠ القالية الشمن، وتحدث الكثير من التحسسات الجلدية، فحاجب أشعة عامل وقايته ٠٠ مثلاً يحجب مقدار ٥,٧٠٪ من الإشعاعات الشمسية قوق البنفسجية، أي ما يزيد بمقدار ٨,٠٪ فقط عما يوفره حاجب اشعة شمسية آخر عامل وقايته ٣٠ لذلك تنصح منظمة أشعة شمسية آخر عامل وقايته ٣٠ لذلك تنصح منظمة

الخذاء والدواء الأمريكية FDA بالاقتصار على تسويق الواقيات التي لا يزيد عامل الوقاية فيها على ٣٠.

بي- **تركيب الواقي الشمسي:** للواقيات الشمسية نوعان بحسب تركيبها:

- (۱)- حاجبات الشمس الفيزيائية physical sun blocker يشبه فعلها فعل المرآة في عكس طيف الأشعة فوق البنفسجية المؤذي للجلد أو تشتيته، وقلما تسبب تفاعلات تحسسية. وتحتوي حاجبات الشمس الفيزيائية أكاسيد الحديد وأكسيد التوتياء وثنائي أكسيد التيتانيوم والبنتوميت bantomit. وتستعمل موضعياً بتطبيقها على المناطق الحساسة للشمس، وتعتمد فعاليتها على ثخانة المطبقة الجلدية، وياخذ الرجال على هذه الحاجبات الطبقة واضحة المهاض، وضوحها على سطح الجلد؛ إذ تبدو بطبقة واضحة المهاض، في حين تتقبل النساء هذا المنوع من الحاجبات؛ لأنها تغطى بالمؤينات (الكياجات).
- (٢)- حاجبات الشمس الكيميائية، هذه المحاجبات أكثر انتشاراً من الحاجبات الفيزيائية لأنها أكثر قبولاً من الوجهة التجميلية وتقوم ألية تأثيرها على امتصاص مختلف أطوال أمواج الضوء والاحتفاظ بها ومنعها من اختراق الجلد. وهناك حاجبات شمسية كيميائية تمتص الأشعة ما فوق البنفسجية البنفسجية B، وحاجبات تمتص الأشعة ما فوق البنفسجية A وحاجبات تمتص الاثنتين. وأكثر المواد الكيميائية المستخدمة في هذا النوع من الحجب هي: حمض بارا أمينوبنزونيك (PA.B.A)، باديمات، وبنزوفينونات، وسائيسلات، وبارسول، وانترائيلات، وفينيل بنزايميدازول، وسلفونيك أسيد، ومركبات الكافور.

ولبعض المؤاد الكيميائية التي تدخل في تركيب هذه الحاجبات تأثيرات محسسة، كما أن لبعضها تأثيراً سمياً ولاسيما في الأطفال حتى سن العاشرة؛ لأنهم أقل إطراحاً للمواد الداخلة في تركيبها، وقد تؤدي إلى التأثير في فعل الغدد الصم أيضاً.

وإن إضافة مضادات الأكسدة مثل فيتامين C لهذه المركبات الحاجبة يزيد من عامل الوقاية، ويعمل على التخلص من الجذور الحرة، ويمنع ظاهرة التثبيط المناعي المؤدي إلى التسرطن كما يزيد في ابيضاض البشرة وتجانس لونها.

الطريقة المثلى لتطبيق الواقي من الشمس:

- يجب وضع الواقي على بشرة نظيفة قبل ١٥ دقيقة من التعرض للشمس.
- يعاد وضع الواقي كل ساعتين كما يعاد وضعه بعد

- السباحة أو التعرق الشديد.
- يوضع الواقي في الأيام الغائمة أيضاً؛ لأن بعض الإشعاعات الشمسية تنفذ من خلال الغيوم.
- يوضع الواقي حين تسلق الجبال والتزلج على الثلج:
   لأن الرتفعات الشاهقة تزيد مخاطر التعرض لحرق الشمس
   ولقلة نسبة الغلاف الجوى الذي يمتص أشعة الشمس.

ويفضل استشارة الطبيب قبل استعمال الواقيات ولاسيما للأطفال وفي الحمل والإرضاع، ولا تسمح بعض الدول الأوربية بتطبيق المستحضرات الواقية من الشمس المتضمنة أوكسي بنزون أو الكافور للأطفال الذين تقل أعمارهم عن الاسنة.

المُعالَّجة الجهازية للأمراض الجلدية sytemic treatment of dermatoses:

للمعالجات الجهازية شأن أساسي في معالجة كثير من الجلادات، وكثيراً ما تستعمل مع الأدوية الموضعية، ومقاديرها الدوائية وتأثيراتها الجانبية لا تختلف اختلافاً جوهرياً عما هي عليه في معالجة الأمراض الداخلية.

وآهم الأدوية الجهازية التي يكثر وصفها في معالجة الأمراض الجلدية هي:

#### ١- الستروليدات القشرية:

للستيرونيدات القشرية فعالية قوية مضادة للالتهاب ولاسيسما الأرجى منه؛ وذلك بمنهسها تنشكيل البروستاغلاندينات التي تعدّ من أهم العوامل الوسيطة في إثارة الالتهابات.

الاستطبابات: تعالج بالستيروئيدات القشرية الحالات الأرجية الصدمة التأقية الأرجية الصدمة التأقية والشرى الحاد والوذمة العرقية العصبية) ومتلازمة لايل المحدثة بالدواء والاندفاعات الدوائية الشديدة. وأمراض المناعة الناتية (فقاع شائع – فقاعاتي فقاعي)، والناب الحمامي المجموعي والتهاب الجلد والعضلات وأدواء النسيج الضام والساركوئيد واللمفوما الجلدية الخبيئة.

التأثيرات الجانبية، بما أن الستيرونيدات القشرية تثبط الالتهاب؛ فإنها تؤدي إلى تناقص قدرة الجسم على السيطرة على الأخماج الجرثومية، والفيروسية، والفطرية إلى جانب تفاقم الأخماج الكامنة كالسل، كما أنها تضعف شفاء الجروح، وتنقص إنتاج ACTH الذي تفرزه المنخامي مؤدية إلى ضمور غدة الكظر.

كيفية تثاول الستيروليدات: تعطى بطريق الذم (الحبوب والأشرية)، وتعطى المستحضرات المنحشة في الماء بطريق

العضل أو الوريد في الحالات الإسعافية. يستحسن إعطاء الجرعة الفموية كاملةً في الصباح حتى الساعة الشامنة: وذلك لتقليد الإفراز الكظري، كما يفضل البدء بجرعات هجومية عالية، ثم تخفض تدريجياً.

#### ۱- الصنادات:

توقف نمو الجراثيم، أو تقتلها، وتستعمل لمعالجة الأخماج المجرثومية في الجلد والأغشية المخاطية، وينتخب الصاد بحسب الجرثوم المحتمل إحداثه للأفة. واكثر الصادات المستعملة في الطب الجلدي:

أ- البنسلينات: تنتمي هذه الزمرة من الصادات إلى مجموعة الصادات المحتوية على حلقة البيتالاكتام. ولعلها من أهم الصادات المستخدمة في معالجة الالتهابات الجلدية لقلة سميتها. وللبنسلينات أنواع عديدة يختلف بعضها عن بعض بسعة طيف تأثيرها وينفوذها عبر النسج.

- والبنسلين المبلر penicillin G: يعطى عضلياً أو وريدياً، يصل تركيزه الأعلى في المصل بعد ٢٠-١٥ دقيقة من حقته في المضل، وهو سريع الانظراح: ثذا يجب إعادة حقته كل ست ساعات.
- بنسلين G مع البروكائين: تؤدي الأسترة إلى تأخير إطراح البنسلين؛ لذلك يمتد تأثيره لمدة ٢٤ ساعة، ويحقن عضلياً.
- بنزاتين بنسلين benzathine penicillin: هو بنسلين مديد التأثير، يعطى حقناً عضلياً، ويستمر تأثيره في الجسم خمسة عشر يوماً، يوجد في حبابات تحتوي ٢,٢ مليون وحدة دولية أو ٢,٧ مليون وحدة دولية.
- البنسلينات الفموية: تتصف بأنها ثابتة في الحمض؛
   ولكنها ليست مقاومة للبنسليناز.

أهم الاستطبابات الجلدية للبنسلينات: الإفرنجي، والسيلان البني، والحمرة، والتهاب الهلل، والتهاب جلد النهايات المزمن المضمر، والحمامي المزمنة الهاجرة، وبوريليا بورغدورفيري المؤدية إلى حدوث اللمفومات الكاذبة.

وتنتمي إلى مجموعة الصادات المحتوية على حلقة البيتالاكتام السيفالوسبورينات التي تستطب خصوصاً في معالجة الأخماج بالعنقوديات المقاومة للبنسلين.

به السيكلينات: تأتي بعد البنسلينات من حيث تواتر الاستعمال، وتعطى بطريق الفم. ومن مستحضراتها المتوافرة في السوق:

• التتراسكلين الأساسي tetracycline: يعطى بمقدار ١-٢ غرام/يوم.

● الميتوسكلين Minocin: ويعطى بمقدار ١٥٠-٢٠٠ ملغ/ يوم

• دوكسي سيكلينات: ويعطى بمقدار ١٠٠-٢٠٠ ملغ/يوم ويعد الشكلان الأخيران من سيكلينات الجيل الثاني التي تمتاز بإعطائها جرعة واحدة يومياً. وأهم الاستطبابات الجلدية للسيكلينات: العد الشائع ووردية الوجه والمفطورات واللولبيات (الملتويات) والمتعضيات سلبية الغرام والكلاميديا.

التأثيرات الجانبية للسيكلينات: أهم التأثيرات الجانبية للسيكلينات الاضطرابات الهضمية الناجمة عن تخرش المخاطية المعدية المعوية، واضطراب نبيت الأنبوب الهضمي مع تكاثر المبيضات البيض، واصفرار الأسنان؛ لذا فإنها لا تعطى للأطفال تحت سن الثامنة من العمر وحين وجود قصور كلوي وتفاعلات ضيائية سمية كما لا تعطى للحوامل. ويجب عدم تناول الدواء مع تناول الحليب أو مضادات الحموضة أو أملاح الحديد؛ لأن ذلك ينقص من امتصاص الدواء.

ج- الإربتروميسين erythromycin: طيفه أوسع من طيف البنسلين G، وينتشر بسرعة في النسج، ويطرح عن طريق الكلية. الجرعة العادية ٥٠٠ ملغ ٢-٤ مرات يومياً، وهو الدواء البديل في معالجة الإفرنجي إذا ما كان المريض مصاباً بأرجية للبنسلين، لا يتأشر النبيت المعوي الطبيعي بالإربتروميسين، ويفيد في معالجة المكورات والمستدميات والبروسيلة والمفطورات واللاهوائيات. ويدخل في عداد هذه الزمرة: الأزبثروميسين والكلاربشروميسين.

د- زمرة الأمينوغليكوزيدات: أهمها الجنتاميسين الذي له طيف واسع مضاد للجراثيم ولاسيما المتعضيات سلبية الغرام، ويستثنى من تأثيره المكورات المعوية واللولبيات واللاهوائيات. وسيئات المالجة بهذه الزمرة التأثيرات السمية الكلوية والسمعية، لذا يجب الاحتراس حين المعالجة بمستحضراتها.

## السلفوناميدات، الكوتريموكسازول، السلفون:

(۱)- السلفوناميدات، بعنهد تأثيرها الموقف لتكاثر الجراثيم على تثبيط اصطناع حمض الفوليك، وتزيد مشاركة السلفاميتاكسازول والتري ميتوبريم (الكوتريموكسازول) من فعالية السلفوناميدات، ومن أهم استطبابات الكوتريموكسازول القرح اللين. كما تؤثر السلفوناميدات في المتعضيات المتكاثرة تأثيراً قوياً.

التأثيرات الجانبية للسلفوناميدات: الأضطرابات المدية المدية، وتغيرات الصيفة الدموية، والتضاعلات الجلدية

الأرجية، وإحداثها متلازمة لايل الدوائية.

مضادات الاستطباب: القصورالكلوي والكبدي، كما يتعارض تناولها مع الميتوتركسات.

(٢)- السلفون: دي أمينودي فنيل سلفون (دابسون) فعال ضد المتفطرات خاصة: وبالتائي فهو دواء مهم في معالجة الجنام والتهاب الجلد الحلثي الشكل كما يعطى في معالجة تقيح الجلد المواتي والعد المكبب وبعض الأمراض ذات الارتشاح بالعدلات.

التأثيرات الجانبية: تغير الصيغة الدموية والتهاب الأعصاب والطفوح الأرجية، ويجب أن يوجه الانتباه إلى تشكل الميتموغلوبين المرتبط بالجرعة وإلى المرضى المسابين بنقص خميرة غليكوز ٢ فوسفات دي هيدروجيناز، لذا يجب معايرة هذه الخميرة قبل الشروع بإعطائه.

#### ٣- مضادات الهيستامين:

تؤثر مضادات الهيستامين على نحو أساسي في مستقبلات H بسبب التشابه الجزئي بالهيستامين. وتعطى هذه المضادات بشكل حبوب أو حقن وريدية أوعضلية للاستعمال الإسعافي. تستطب مضادات الهيستامين في معالجة الأدواء الجلدية الأرجية والحاكة ولاسيما التهاب الجلد الأرجي والشرى والأكزيمة بالتماس والأكزيمة التأتبية وأشكال التأتب الأخرى مثل حمى العلف والربو الأرجى.

أهم التأثيرات الجانبية لهذه المركبات التأثير المركن، فهي تؤثر في الوعي في أثناء قيادة السيارة أو الطائرة ولاسيما حين تؤخذ مع تناول الكحول أو الأدوية النفسية، ولها كذلك تأثيرات مضادة للفعل الكولينرجي أو مضادة للسيروتنين؛ لذا فإنها قد تؤدي إلى جفاف الفم واضطرابات الرؤية وهبوط التوتر الشرياني واضطرابات التبول. وقد صنعت مضادات هيستامين تأثيرها المركن شبه معدوم تقريباً لإخفاقها في عبور الحاجز الوعائي الدماغي مثل: واحدها معدوم تقريباً المحافظة المناها واحدها و fexofenadine و cetirizine و fexofenadine و المستقبلات الما التي ذكرت) مع حاصرات مستقبلات المثل الشرى المزمن. النوري المزمن. المناهي الشرى المؤمن.

## المضادات الفطرية الجهازية، يُذكر منها ما يلى:

أ- الغريزوقولفين griseofulvin: يتصف بتأثيره الموقف للفطور، ويعطى بمقدار الملغ/كغ، يستخدم لمالجة الفطور ولاسيما البشروية التي تسبب السعفات، لكنه عديم التأثير في معالجة النخالية المبرقشة والأفات المحدثة بالمبيضات البيض، يمتص جيداً عن طريق الفم ولاسيما إذا أخذ مع

الطعام

مضادات الاستطباب: الرضى المعروفون بحساسيتهم للفريزوفولفين والحمل والقصور الكبدي الشديد.

ب- الإميدازولات imidazoles: ينضوي تحت هذه الزمرة
 مضادات فطرية كثيرة، أهمها الكيتوكونازول، الفلوكونازول،
 الاتراكونازول.

تتصف مشتقات الإميدازولات بضعاليتها ضد الضطور البشروية والخمائر ولاسيما التي تصيب الأغشية المخاطية، كما تستعمل في الأفات الفطرية المقاومة للأدوية الموضعية أو الجهازية مثل الغريزوفوتفين، وتعطى هذه المركبات بشكل حبوب أو شراب ويمقدار دوائي يراوح بين ٥٠-٥٠ ملغ يومياً, يستعمل الاتراكونازول لمعالجة تفطر الأظفار.

مضادات استطباب مركبات الأميدازولات هي: التحسس لتلك المركبات والحمل والإرضاع والقصور الكبدي.

التيربينافين: هو أليل أمين فعال ضد الفطور، ولاسيما فطور الأظفار، ويؤخذ بطريق الفم، يستخدم في معالجة السعفات، مقداره الدوائي ٢٥٠ملغ يومياً. مضادات استطيابه القصور الكبدي الشديد، ولم يقر بسلامة استخدامه في أثناء الحمل.

 النيستاتين: مضاد فطري فعال ضد الخمائر والفطور الشبيهة بالخمائر، ويوجد بشكل حبوب ومعلق فموي، ولم يقر استخدامه في أثناء الحمل بعد.

## ف- الريتنوئيدات retinoids:

تشتق كيميائياً من فيتامين A أو فيتامين A الحامضي، تشتق كيميائياً من فيتامين A أو فيتامين A الحامضي، تبين أن الريتنوئيدات تقلل تمايز آنماط خلايا متعددة؛ لذا فإنها تؤثر في تثبيط نمو الأورام، يوجد في الوقت الحاضر مستحضران للاستعمال الجهازي يوصفان في معالجة الأدواء الجلدية، وهما إتريتينات الريتينوئيد العطرية وإيزوتريتينوئين.

أ- الإتريتينات Tegison) etretinate): تستعمل في معالجة الأشكال الشديدة للصداف ولاسيما الأحمرية الصدفية وفي معالجة اضطرابات التقرن الأخرى مثل السماك وأدواء التقرن الراحي الأخمصي وداء دارييه والطلوان كما تعطى للوقاية من بعض الأفات السرطانية. الجرعة الدوائية املغ /كغ من الوزن.

ب- الإيزوتريتينولين roacccutane) [sotretinoin)؛ أحدث هذا الدواء ثورة في معالجة الأشكال الشديدة من العد والعد الكيسي والعد المجب والعد المقاوم للمعالجات الأخرى وبعض حالات وردية الوجه وفيمة الأنف، آلية تأثير هذا الدواء إنه

مضاد للالتهاب ومثبط لصنع الزهم، والجرعة الدوائية منه تماثل الجرعة الدوائية للإترتينات.

التأثيرات الجانبية للريتنوليدات: جفاف الجلد والأغشية المخاطية، والتهاب الشفة الجاف، وارتضاع الدسم الدموية (كولستيرول وتري غليسيريد) فرط التعظم، تعرق زائد، وله تأثير ماسخ للجنين، لذا لا يستعمل في أثناء الحمل كما يجب منع الحمل سنتين بعد إيقاف الإتريتينات في حين يكفي منع الحمل سنتين بعد إيقاف الإتريتينات في حين يكفي منع الحمل مدة شهرين بعد المعالجة بالإيزوتريتينوئين؛ لأن هذا الدواء لا يختزن بالجسم لفترة طويلة كما في الإتريتينات.

مضادات الاستطباب: الحمل ووجود آفة كلوية أو كبدية كما لا تعطى الريتنوئيدات مع التتراسكلين أو للمرضى الذين يستخدمون عدسات عينية لاصقة.

 ٦- مضادات الشيروسات: هنالك أدوية متعددة مضادة للشيروسات، يُدكر منها:

أ→ الإنترفيرون والـ Zidovudine الذي تعالج به فيروسات retrovirus الذي تعالج به فيروسات retrovirus ثنا فإنه يستخدم لمعالجة الإيدر: إذ يقوم بتثبيط تركيب سلسلة الـ DNA الفيروسية: وبالتالي بمنع ترقي الرض.

ب- الأسيكلوهير acyclovir والقالسيكلوهير valacyclovir اللذان يؤثران تباثيراً قوياً في هيروسات الحلا (الهريس) البسيط نمط اونمط ٢، كما يؤثر في فيروس الحماق والحلا النطاقي وفي فيروس ابشتاين بار.

الاستطبابات؛ يفيد الأسيكلوفير على نحو فعال في معالجة كل من الحلاً البسيط نمط II-I وفي داء الحماق وداء النطقة، واقترح بعضهم إعطاءه باستمرار وبمقادير زهيدة لمنع نكس الحلاً البسيط.

## ثالثاً- العالجة بالأقلمة:

تعن المعالجة بالأقلمة climatotherapy: أي الإقامة في إقليم معين وسيلة مهمة في معالجة الكثير من الأمراض الجلدية عدا ما لها من تحسين حالة المريض النفسية. وأكثر الأقاليم التي ينصح بها في معالجة الأدواء الجلدية هما الإقليمان الجبلي والبحري.

## ١- الإقليم الجبلي:

يتصف الإقليم الجبلي بضغط هوانه المنخفض والنقي، وشمسه الغنية بالإشعاعات ما فوق البنفسجية، وخفة الأليرجينات المحمولة بهوائه: تذلك ينصح به في معالجة النهاب الجلد التأتبي، والصداف.

٧- الإقليم البحري:

يتصف بشمسه الساطعة ويرطوبته وياحتوائه على كميات جيدة من البود والكلور ويمياهه الغنية بالأملاح المعدنية، كالتي توجد على نحو كثيف في البحر الميت الذي يقصده كثير من الأوربيين لمعالجة الصداف والتهاب المفاصل الرثوي وأمراض آخرى.

# رابعاً- المعالجات الفيزيالية والجراحية في الأمراض الحديد:

يجابه الأطباء الجلديين يومياً العديد من الأفات التي لا تفيد فيها المالجات الدوائية، وتتطلب معالجات فيزيائية أو جراحية.

#### ١- المالحات الفيزيائية:

أهم الوسائل الفيزيائية المستخدمة في معالجة الأمراض الجلدية هي:

آ- المالجة الضولية phototherapy: تستعمل الإشعاعات الضيائية في المعالجات الجلدية، وتجرى على كامل الجسم أو على أجزاء منه، وهي:

• ضوء الشمس theliotherapy: لاحظ كثير من المسابين بالصداف تحسن جلدهم بعد التعرض الأشعة الشمس خلال قضاء إجازاتهم على الشواطئ، وقد يكون سبب هذا التحسس تثبيط تركيب الدنا في البشرة الصدافية المتكاثرة بالتشعيع بالأشعة ما فوق البنفسجية. ولتجنب الحروق الشمسية ولاسيما في الأشخاص الذين تكون جلودهم من النمطا حوالنمطا (ذوي البشرة البيضاء) يجب على هؤلاء التعرض لأشعة الشمس مدة لا تزيد على عشر دقائق في البدء، ثم تزاد المدة تدريجياً.

• التشعيع بالأشعة ما طوق البنفسجية الصنعية: تجرى الأشعة فوق البنفسجية A أو B على كامل المجسد أو على جزء منه، ويتم التشعيع ضمن حجرات أو حجيرات صغيرة مزودة بأنابيب قلورية. وتصدرُ انابيب أشعة الحجرات الأشعة فوق البنفسجية؛ إما UVA وإما كلتيهما معاً بحسب نمط المصابيح المزودة بها، ويجب على المريض والطبيب وضع النظارات الواقية من الإشعاعات فوق البنفسجية حين تطبيق هذه المالجة.

الاستطبابات: الصداف ونظير الصداف والبعد واللمفومات الجلدية الخبيثة والحكة الكبدية المنشأ أو اليوريمية المنشأ.

ب- المالجة الكيميائية الضوئية photochemotherapy: تقوم هذه المالجة على استخدام إشعاع فوق البنفسجي في تفعيل الدواء المحسس ضوئياً مثل الأشعة فوق البنفسجية

uva الذي تبلغ طول موجته بين ٣٣٠ و ١٠٠ نانو متر. وأكثر المواد أو الأدوية المحسسة ضيائياً هي (٨ ميتوكسي بسورالين) الذي يطبق محلوله المخفف (١٥,٠٠) على البقع المؤوفة، ثم يجري التشعيع بعد ساعة من تطبيقه، ويمكن المعالجة بهذه الطريقة جهازياً (بوطا Puva)، وذلك بإعطاء الريض المحسس الدوائي بشكل حبوب عن طريق العم بمقدار (٢,٠٠٨,٠٠ مغ/كغ من الوزن)، ثم يجري التشعيع بالأشعة فوق البنفسجية بعد ساعتين من تناول العقار.

الاستطهابات: الصدف والأحمرية الصدافية والصداف البثري واللمفومات الجلدية الخبيثة والشرى الصباغي والتخالية الحزازانية المزمنة.

ج- العالجة الدينمية (PDT) بعالجة الدينمية (PDT) تطورت هذه المعالجة بعد عام ١٩٧٠، وتقوم على تطبيق مادة محسسة ضيائياً مثل امينوليفولينيك على المنطقة المستهدف علاجها، وبعد ساعتين من تطبيق تلك المادة تعرض المنطقة المستهدفة إما للأشعة الحمراء وإما للضوء النابض المكثف (IPL) والذي تراوح أطوال موجاته الضوئية بين ٥٠٠ و ١٣٠٠ نانومتر.

دخلت هذه الطريقة من معالجة الأورام في مجالات عديدة من الاختصاصات الطبية كالعينية والبولية والعصبية. أما في أمراض الجلد فتستخدم في معالجة كل من السرطانات القاعدية الخلايا السطحية وداء بوين والتقرانات السفعية والصداف وثآليل اليدين والقدمين المعندة على المالجة وفي داء اللايشمانيا الجلدية.

د- الليزرات Lasers: إن عبارة ليزر هي اختصار للكلمات السائيرات Lasers: إن عبارة ليزر هي اختصار للكلمات السائيسة light amplification by stimulated emission of تعلقه المنافئة المنافئة المنافئية المن

ويصدر الليزر ضوءاً وحيد اللون عرض حزمته الضوئية لا تتجاوز الـ ٢٠٠٢ ، • نانو متر، وتتحرك الفوتونات الصادرة عن الليزر على نحو متواز، وتهتز بطريقة متماثلة، حيث يؤدي تركيز ضوء الليزر بوساطة عدسات خاصة إلى إنتاج قدرات أكبر.

وتمتص حاملات اللون طاقة الليزر على نحو أفضل



الشكل (١) جهاز ليزر CO<sub>2</sub>.

ويأطوال موجات محددة تحولها إلى حرارة تسخن الهدف لدرجة كافية لإتلافه.

هنائك أنواع كثيرة من الليزرات التي تستخدم في المعالجات الجلدية، يختار الطبيب المعالج النوع المناسب للمعالجة بحسب حامل اللون المستهدف الذي قد يكون المعالجة بحسب حامل اللون المستهدف الذي قد يكون الميلانين (الموجود في الأفات الصباغية والأشعار والوشم)، ويستخدم الطبيب من أجله ليزر الأرغون الهيموغلوبين إشعاعاته بشدة من قبل الميلانين. أو يكون الهيموغلوبين (الموجود في الشعيريات المتسعة، والوحمة الشعلية والأورام الليفية الوعائية والبحيرات الدموية)، ويستعمل لمعالجته ليزر الصباغ dye laser أما في عمليات قطع الأنسجة (المبضع الضوئي) وتبخيرها، فيستخدم ليزر ثاني أكسيد الكربون وكول الفيروسية مثل الورم اللقمي.

ه المالجة بالإشماعات المؤينة تدريجياً بعد أن كان تراجع العلاج بالإشعاعات المؤينة تدريجياً بعد أن كان يستعمل في معالجة الكثير من الجلادات السليمة والخبيثة: وذلك نتيجة ظهور الأدوية الحديثة التي أفادت في شفاء تلك الجلادات، ونتيجة تطور الجراحة التجميلية والتصنيعية التي باتت تسيطر على معالجة معظم الأورام الخبيثة والمترقية إضافة إلى ازدياد المعرفة بخطورة النتائج الجسدية والوراثية التي تنجم عن هذه الإشعاعات. وأكثر الإشعاعات المؤينة التي يستخدمها الجلديون هي الأشعة السينية اللينة والمسرعات الخطية والمعالجة بالنظائر المشعة السينية اللينة والمسرعات الخطية والمعالجة بالنظائر المشعة

(۱)- الأشعة السيئية الليئة: هناك عديد من أجهزة الأشعة السيئية. وكلما كان فرق كمون (فولتاج) الأشعة السيئية اعلى: كانت أشعتها أقسى وأطوال موجاتها أقصر وطاقتها أكبر وتفوذها أعمق، وتمتاز الأشعة السيئية الليئة التي يستعملها الأطباء الجلديون بضرق كمون متخفض، وتأثيرها في الطبقات العليا من الجلد فقط.

الاستطبابات: تعالج بالأشعة السينية اللينة كل من سرطانات الجلد القاعدية والوسفية، وداء بوين واللمفوم الجلدي الخبيث كما تعالج بها بعض الجلادات السليمة مثل: حثل الأظفار الصدفي والمتهاب الغدد العرقية المقيح تحت الإبط، والثاليل الأخمصية. وتتفاعل المنطقة المعالجة من الجلد بهذه الأشعة بعد ١١-١٠ يوماً من المعالجة، ويبدو احمرار وتسحج ونز، لكنه لا يلبث أن يتراجع، ويتم الشفاء،

 (۲)- المسرعات الخطية: حزمة الكترونية تثتج اشعاعاً دفعياً ذا شدة عالية، ثعالج به الأورام الجلدية الخبيشة -ولاسيما المتوضعة فوق عظم أو غضروف - واللقمومات الجلدية.

(٣)- النظائر الشعة الاصطناعية: تستخدم النظائر المشعة الاصطناعية مثل الكوبائت - ٦٠ واليود ١٢٥ بشكل إبر أو خرزات تزرع ضمن الأنسجة المصابة بالأورام الخبيثة: كالأورام الجلدية السطحية والأورام الوعائية الدموية والملانوما الخبيثة في العين.

و- الأمواج فائقة الصوت ultrasound waves: تفيد المعالجة بهذه الأمواج ذات التأثير الاهتزازي العالي التي لا يمكن للأذن أن تتلقاها في معالجة كل من تصلب الجلد المؤسمي (القشيعة) وتصلب الجلد المنتشر وقرحات الساق.

٧- الجراحة الكهربالية:

تقوم المالجة بالجراحة الكهربائية على إتلاف النسج

المؤوفة حرارياً نتيجة مقاومتها لتيار كهربائي متناوب عالي التوتر منفذ للحرارة. وتتوقف درجة التخرب النسجي على درجة تواتر التيار وشدته وكمية الطاقة الكهربائية، كما تتوقف على شكل المسرى الكهربائي، أما شوط المعالجة الجراحية الكهربائية فيختلف باختلاف تأثيرها الذي يراوح بين صعق النسيج fulguration أو تجفيفه section أو قطعه section.

تستطب المعالجة بالجراحة الكهريائية في معالجة التنشؤات الورمية السطحية: إذ تعدّ إحدى المعالجات الفعالة في السرطانة قاعدية الخلايا وداء بوين والتقرانات السفعية وازالة الأشعار غير المرغوب فيها إزالة دائمة وتوسع الأوعية الشعرية. وتمتاز الجراحة الكهريائية بسرعة إنجاز العمل، وارقاء الأوعية الدموية إرقاء فورياً، وتجنب مرور الشدف الورمية عبر الأوعية الدموية؛ ونتائجها التجميلية.

التحفظا: يجتنب القيام بهذه الجراحة للمرضى الذين يحملون ناظماً خطياً قلبياً (pacemaker)؛ لأنها قد تؤدي إلى إيقافه.

أما الكاوي الكهربائي electrocautery: فهو شكل خاص الأجهزة الجراحة الكهربائية، ذلك أن تياره الكهربائي لا يمر عبر المريض عن طريق المسريين الكهربائيين (ثنائي القطب) التي تتصف بهما أجهزة الجراحة الكهربائية؛ وإنما هو جهاز وحيد القطب ذو مسرى واحد بتدفق عبره التيار الكهربائي عند تقريبه من الأفة المراد علاجها، فيخثرها.

الاستطبابات: تعالج بأجهزة الجراحة الكهربائية كل من:
التقرانات السفعية والتقرانات الثية واللويحات الصفراء
والثآليل والليغومات والحبيبوم المقيح والسرطانة قاعدية
الخلابا.

الكهرلة (التحليل الكهربائي) electrolysis: تقوم على غرز مهبط بشكل ابرة رفيعة متصلة بتيار كهربائي مستمر لا تزيد شدته على ١٠٠٥ ميلي أمبير في منطقة الجلد المراد معالجته في حين يمسك المريض المصعد بإحدى يديه، ثم يمرز التيار الكهربائي الذي يؤدي إلى تفكك السوائل النسيجية تفككا كيميائياً. تستخدم هذه الطريقة في إزالة الأشعار وتخريب الشعربات الدموية والعنكبوتات الوعائية.

الرحلان الكهربالي electrophoresis: يستخدم الرحلان الكهربائي للمرضى الدين يعانون من فرط تعرق اليدين والقدمين. يتم عمل الرحلان باستخدام حوض يملأ بماء الصنبور، تغطس فيه اليدان أو القدمان بعيدتين إحداهما عن الأخرى، ثم يمرر تيار كهربائي مستمر شدته 10-٢٠ ميلي

أمبير عبر الحوض مدة ٢٠-٣٠ دقيقة. وتحتاج عملية لجم التعرق ما بين ٥-١٠ جلسات. وهناك أجهزة متوافرة تجارياً لهذه الطريقة من المعالجة.

# خامساً- المالجة بالبرودة cryotherapy:

أحدثت المعالجة بالبرودة حقالاً جديداً في طب الجلد لأنها إجراءات بسيطة غير راضة وغير تازفة وغير خطرة. إنها لا تحتاج إلى التخدير في أغلب الأحيان، ويمكن إجراؤها للطاعنين في السنّ والمقعدين والنين يعانون من أمراض داخلية لا يخلو تخديرهم من خطورة.

أما **آلية تأثير البرودة؛** فتقوم على إحداث تجمد المسافات خارج الخلوية مشكلاً وسطاً فائق التوتر يسبب تمزق الخلايا وموتها، ومن بين ما تضمنه الوسائل المستخدمة في هذا المجال:

## :carbon dioxide snow: المنيد القحم :carbon dioxide snow

يؤدي انطلاق هذا الغاز - المضغوط، والمتحول إلى سائل، من أسطوانات خاصة - إلى تشكيل ثلج كربوني تبلغ حرارته الأخت الصغر. وهو يطبق عن طريق أجهزة خاصة على الناحية المراد معالجتها مدة ٢-٢٠ ثانية تبعاً لنوع الأفة، ويمكن زيادة التأثير المبرد لهذا الغاز بمزح كراته مع الأسيتون، يستعمل ثلج ثاني أكسيد الكربون في معالجة بعض الجلادات مثل الثاليل المنبسطة الفتوية والنثبة الحمامية القرصاوية وبعض أشكال الملايشمانيا الجلدية.

## ۱- الأزوت السائل liquid nitrogen:

تبلغ درجة حرارته ١٩٥ أنحت الصغر، ويمكن تطبيقه مباشرة على الآفة الجلدية بغمس حامل قطن في القارورة المعلوءة بالأزوت السائل، ثم يُطبق على الأفة الجلدية المراد معالجتها مع الضغط الخفيف مدة تراوح بين ٥ و٠٥ ثانية، بحسب درجة التفاعل الرغوب به. وهناك أجهزة خاصة لهدا الفاز تسمح برده مباشرة على المكان المراد علاجه، وأهم الجلادات التي تعالج بغاز الأزوت السائل هي: اللايشمانيا الجلدية والتقرانات المثية والورم الحبيبي المقبح والورم الطفي المؤنف والمليساء السارية والتقرانات السفعية وداء

# سادساً- المالجة بالحرارة:

تطبق المعالجة بالحرارة موضعياً على الأفة مباشرة، وذلك باستخدام الأشعة تحت الحمراء؛ بغية تنشيط التضاعلات النسيجية الالتهابية الموضعية. وتؤدي الحرارة المطبقة على ناحية ملتهبة أو متقرحة أو جرح واهن إلى تبيغ فاعل مع زيادة العود الوريدي وزيادة الإمداد بالأكسجين عن طريق

زيادة التروية الدموية؛ وبالتالي زيادة الاستقلاب الموضعي وتخفيف الألم.

الاستطبابات: الدمال والجمرة الحميدة والجروح بطيئة الالتنام والألام العصبية.

## سابعاً- المالجات الجراحية:

الأعمال الجراحية الجلدية جزء رئيس في ممارسة معظم الأطباء الجلديين، وتجرى غالبيتها تحت التخدير الموضعي، وأهم الأعمال الجراحية التي يقوم بها الأطباء الجلديون هي:

 الخزعة الجلدية؛ هناتك أمراض جلدية يلجأ الطبيب تخزعها، إما:

أ- للمساعدة على التشخيص وتأكيده.

ب- وإما للتوجيه إلى الدواء المناسب لمالجة الأفة.

ج- وإما غراقبة التأثيرات العلاجية في الأفة.

ه- وقد تكون علاجية يستأصل بها - مثلاً ورم ثبت تشخيصه بخزعة سابقة. تؤخذ الخزعة بعد تخدير الآفة أو الورم موضعياً بوساطة المشرط، العادي أو الخرامة - وهي أسطوانة بقطر ٢-٨ ملم - وذلك من محيط الآفة مع جزء من النسيج السليم لمقارنة التبدلات النسجية مع النسيج السليم. ثم توضع في زجاجة صغيرة نظيفة تحتوي مثبتاً؛ غالباً ما يكون الفورمالين، وترسل للتشريح المرضي. ولما كانت الخزعة عملية جراحية صغرى؛ وجب أن تراعى في أخذها شروط التعقيم والطهارة.

أما أهم المالجات الجراحية الجلدية الأخرى التي يقوم بها الطبيب الجلدي: فهي:

شق الخراجات واستنصال الكيسات والأورام الشحمية وتصحيح شقوق شحمة الأذن الناجمة عن الأقراط الثقيلة واستنصال بعض الأورام السليمة والخبيثة واستنصال الوحمات ومعالجة قرحات الساق بالطعوم ومعالجة فيمة الأنف جراحياً ومعالجة الندبات وزرع الأشعار.

#### ٧- المالجة شمن الأفة:

تقوم هذه المعالجة على حقن المادة الدوائية ضمن الأهة، وتتم بطريقتين هما:

أ- المحقن العادي المجهز بإبرة رفيعة قياس ٢٧ مثلاً.

ب الحقن النفاث Derm-Ojet: الذي تحقن به المادة الدوائية بطريق الضغط: مما يساعد على نفودها في الجلد والنسج المتليفة كالجدرات، والمادة الدوائية التي كثيراً ما تحقن بالمحقن النفاث هي التريامسينولون المبلر الذي يستخدم في معالجة الجدرات والحاصات البقعية والحزاز

المحصور والحزاز السطح الضخامي،

# ثامناً – مواد التجميل والجراحة التجميلية:

١ - مواد التجميل:

كثرت في العقدين الأخيرين مراجعة الاختصاصيين بأمراض الجلد لأغراض تجميلية، وكان ذلك نادراً في الماضي، وريما كان السبب ارتفاع المستوى الاقتصادي والاجتماعي وطول الأعمار وتنامي الشدات والحالات النفسانية في كثير من الناس، وقد اشارت دراسة shigook وزملائه أن نسبة ٧,٧٤٪ من 14 مريضاً دراجعوا العيادات من أجل مداخلات تجميلية كانوا يعانون من اضطرابات عقلية. وقد تكون بعض المداخلات الجراحية التي يطلبونها غير مستطبة أو لا تحوز رضاهم، ولا ترضي مبتفاهم ولو كانت ناجحة، فهم لا يعرفون ماذا يريدون، ومع هذا ومع تطور فرع فن التجميل ولصق جانب كبير منه باختصاص الأمراض الجلدية؛ بات لزاماً التعرف إلى هذا الفن ولو على نحو مختصر جداً.

تقسم الإجراءات التجميلية المتطلبة من الطبيب الجلدي قسمين، يتناول الأول الملاجات التجميلية، ويتناول الثاني الجراحات التجميلية.

## ۱- الملاج التجميلي cosmetic therapy:

يشمل الوسائل أو المستحضرات التي يصفها الطبيب بغرض تجميلي؛ وتسمى المزوقات، وتنتضمن كلاً من مستحضرات العناية بالبشرة والأشعار والأظفار وأحمر الشفاه والمواد اللاجمة لفرط التعرق والمزيلة للروائح.

أ- مستحضرات العناية بالبشرة: الانتقاء الصحيح للمنتجات التجميلية والمنظفات مهم جداً بغية تحسين إماهة البشرة وتطريتها وتتضمن: المنظفات والمراهم والرهيمات والدهونات lotions.

(۱)- المنظفات: إن لتنظيف الجلد اليومي بالماء الفاتر والصابون أو بالمنظفات الصنعية قيمة واضحة بذاتها: وذلك بغرض إزالة الأوساخ والمفرزات الدهنية وبقايا العرق والمجراثيم، لكن استعمال الصابون والمنظفات القلوية والمحتوية على شوارد كلسية قد يؤدي إلى أذية البشرة: ذلك أن عوامل التوتر السطحي لتلك المواد قد تؤدي إلى إتلاف البئيات البروتينية والدهون الطبيعية للبشرة وإلى تخريب غطاء الجلد الحامضي: وبالتائي إحداث التهاب جلد تخريشي وأكزيمائي. إضافة إلى ذلك فإن الصابون الذي يدخل في تركيبه العطور أو المطهرات أو الإضافات الأخرى قد يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن قد يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، لذا من المستحسن في يؤدي إلى التهاب جلد أرجي بالتماس، في عنها بصابون الاستختاء عن تلك المنظفات والاستعاضة عنها بصابون

خاص ومنظفات حامضة تتمتع بتأثيرات منظفة وذات حموضة تعادل حموضة الحلد.

(۲)- المراهم والرهيمات والدهونات المزوقة: هناك كثير من هناه المستحضرات المطروحة في الأسواق تستخدم لتطرية الجلد أو تقشيره أو لإصلاح التجاعيد أو أساساً للتزيين (المكياج) أو العالجة البقع مفرطة التصبغ أو البقع الناقصة التصبغ، ويعض هذه المستحضرات مموهة تستخدم لتفطية الندبات أو الوحمات.

تتركب معظم هذه المستحضرات من بعض المواد التالية: لانولين، بارفين، بولي إتيلين غليكول، وأغوال مثل الغليسرول والسورييتول اوسيرين Eucerin ومستحلبات الزيت في الماء، وعطورات، ومواد مؤكسدة وحافظات مثل بارابين butyl hydroxyaniside واملاح والبوتيل هيدروكسي إنيزيد butyl hydroxyaniside واملاح الزئبق.

التأثيرات الجانبية للمراهم والرهيمات والدهونات المُرُوقَة: كل هذه المستحضرات مفيدة إذا ما طبقت على النحو الصحيح، ولكنها كثيراً ما تطبق على نحو عشوائي لا يتناسب وطبيعة البشرة، ولا يستند إلى القاعدة التي تقضى بانتخاب الستحضر ذي الفعالية المفايرة للبشرة: أي إن البشرة الدهنية يجب أن تعالج بمستحضرات خالية من الدهن كالمساحيق والمستحلبات أو الرهيمات المحبة للماء في جين يوصى بتطبيق المراهم الدهنية على البشرة الجافة. ثم إن كثيراً من اللواد الداخلة في تركيب الستحضرات المزوقة مثل اللواد الحافظة والعطورات تؤدي إلى إحداث تحسسات جلدية تتجلى بالتهاب جلد بالتماس بنسبة ٥٠٪ من مجموع التحسسات المحدثة من جراء تطبيق هذه المستحضرات، كما أن المواد الأخرى الداخلة في تركيب المستحضرات لا تخلو من إحداث التحسس لذا يجب الحد من تطبيقها قدر الإمكان وإزالتها بالمنظفات من فورانتهاء المناسبة التي طيقت من أجلها؛ ولاسيما إزالتها قبل النوم، وعدا ذلك فإن هده المستحصرات مواد كتيمة تسد المسامات الجلدية، وتزيد من تخريش الجلد، وتساعد على تشكل الزؤان. وبعض الحافظات التي تدخل في تركيب هذه المستحضرات مثل أملاح الزئبق قد تؤدي إلى انسمام زئيقي مع اعتلال عصبي، كما أن مادة إيترمونوبنزيل الهدروكينون التي لها فعل قاصر والتي تدخل في بعض المستحضرات كثيراً ما تتلف الخلايا الميلانية: إضافة إلى قعلها المؤرج، وأخيراً فإنه من الصعب تقييم نسب الارتكاسات الجلدية للمستحضرات السابقة؛ ذلك لأن مستهلكيها لا يراجعون الطبيب ولا يخبرون المنشأة التي

أصدرتها إذا حدثت نتيجة استعمالها ارتكاسات خفيفة أو عابرة، وقد أظهرت دراسات ألمانية وسويدية أن نسبة التحسسات التي حدثت من تطبيق هذه المستحضرات بلغت ١٢٪ من مستعمليها.

ومما يجب ذكره بهذا الصدد أن هنالك بعض المستحضرات يجب عدم تطبيقها في أثناء الحمل كالتي تحوي الـ rea أو المواد الريتنوئيدية.

## ب- مستحضرات مزينات الأشعار:

- (۱)- صبغ الشعر: هنالك أصبغة معدنية أو نباتية أو كيميائية. والصبغات المعدنية التي تحتوي على النيكل أو الكوبالت أو الكروم أو الرصاص كثيراً ما تؤدي إلى التهاب جلد بالتماس، والأصبغة الكيميائية كثيراً ما تؤدي إلى التهاب التهاب جلد أرجي بالتماس من جراء أحشوالها على البارافيتلين ديامين أو الأزو أوالـ nigrosin أو كريونات الأمونيوم. وإن محاولة إزالة لون الشعر بعد صبغه قد تخرب الأشعار، وبعض أنواع الشامبو المحتوية على أملاح الكادميوم قد تؤدي إلى تغيير لون الشعر.
- (٢)- الجعيد الشعر؛ حلت الطريقة الحديثة بالتجعيد البارد محل الطريقة القديمة بالتجعيد الحار، ويقوم مبدأ التجعيد البارد على كسر الجسور ثنائية السلفيد إلى مجموعات سلفهيدريلية باستعمال محلول تيو غليكولات الأمونيوم (الحلول المظهر)، ثم يثبت الشعر بعد تجعيده بإعادة أكسدة المجموعات السلفهيدريلية بفوق أكسيد الهدروجين (المحلول المثبت)، وقد تؤدي هذه الطرق الكيميائية إلى تأذي الأشعار؛ حتى قد تؤدي إلى تساقط كامل أشعار الرأس إذا ما كانت التراكيز الكيميائية السابقة علا إحداثها فرط حساسية أرجية عند بعض عالية عدا إحداثها فرط حساسية أرجية عند بعض
- (٣)- إزالة لون الشعر، يستخدم الإزالة لون الشعر فوق المسيد مثل فوق المسيد النشادر أو فوق المسيد الهدورجين اللذين يؤديان إلى تأكسد ميلانين الأشعار ثم تحوله إلى مركب عديم اللون، كما تشطر تلك المواد الجسور ثنائية السلفيد في قراتين الأشعار ذات الأهمية في ثبات الأشعار، وعدا هذا فإن فوق الأكاسيد مخرشة، وقد تحدث شرى موضعاً.
- (4)- مسيطات الشعر: تؤدي مادة التيوغليكولات المستخدمة لسبط الأشعار إلى تقصفها كما أن العطر الداخل في تركيبها قد يؤدي إلى التحسس.
- (a)- مزيلات الشعر الكيميائية؛ تستخدم لإزالة الأشعار

ولاسيما أشعار الوجه، ومنها المخرش مثل مركبات السلفيدات ذات الرائحة الكريهة، ومنها المؤثر في روابط ثنائية الكبريت مؤدية إلى سقوط سقيبة الشعرة، أما نازعات الأشعار الآلية البيكانيكية التي يدخل في تركيبها الراتينات؛ فقد تؤدي إلى التهاب جلد أرجى.

- (٦)- ردّادُ الشعر؛ الشيلاك والراتينات التركيبية كلها
   محسسة، وتؤدي إلى تفاعلات أرجية.
- (٧)- دهونات الشعر ومقوياته: يحتوي كثير منها على
  الريزورسين وسلفات الكينين والعطور، وهي مواد قد تؤدي
  إلى تفاعلات تحسسية.

إن غسل الأشعار المتكرر بمنظفات تحل الدهن والتغسيل الاعتبادي كل 1 أيام والتمشيط المتكرر يؤدي إلى انشطار طولاني في النهاية الحرة للأشعار وإلى هشاشتها.

الأشعار المستعارة wigs: ثلاثشعار المستعارة نماذج متعددة، وكثيراً ما تؤدي الشرائط اللاصقة التي تتضمنها إلى آفات اكزيمائية حادة.

#### ج- الستحضرات المستخدمة للإبطين:

- مضادات التمرق الإيطى، تحتوي على كلور الألمنيوم، وكلور هيدروكسيد الألمنيوم وأملاح التوتياء، وهي مواد ذات فعل مخرش.
- مزيلات رائحة الإبطين: قد تسبب أملاح الألمنيوم والهكساكلورفين الداخلتان في تركيبها تحسساً أرجياً، كما قد يدخل في تركيبها مادة النيومايسين المعروف إحداثها لالتهاب جلد أرجي بالتماس.

#### د- مستحضرات مزينات الأظفاره

- طلاء الأظفار؛ يحتوي على السلفوناميدات وراتينات الفورمالدهيد، وهي من أكثر الأسباب المؤدية إلى التهاب جلد الأجفان والعنق من جراء ملامسة الأظفار المطلبة تلك الأماكن.
- مزيلات طلاء الأظفار؛ كالأسيتون الذي قد يسبب
   تقصف الأظفار.
- الأظفار الصنعية: تتركب من مواحيد الأكريليك الذي يسبب حساسية أرجية.
- مقسيات الأظفار؛ المادة الأكثر شيوعاً لمقسيات الأظفار
   هي الفورمالدهيد الذي قد يحدث تحسساً أرجياً أو داحساً
   أو سقوط الأظفار.

### هـ مستحضرات تزيين الشفاء:

أحمر الشفاه: يتركب من ثنائي ورباعي بروم الفلورستين وعطور كما يحتوي بعضها على الإيوريين ومركبات

الألونتوئين، وهي مواد قد تؤدي إلى تضاعلات تحسسية وأرجيه صونية.

#### و- مزينات المين:

وهي (السكرة) للأهداب وظل العيون وقلم التخطيط، وقد تؤدي جميعها إلى ارتكاسات تحسسية لاحتوانها على الأساس الشمعى الحافظ والعطور.

#### ز- العطورة

معظم المستحضرات التجميلية تحتوي على العطور وعلى مادة ه ميتوكسي بسورالين (عطر الشاليمار وعلى زيت البرغاموت)، وهذه المواد تؤدي إلى أرجية ضوئية أو إلى التهاب جلد عطرى.

### ٧ - الجراحة التجميلية:

قد تؤدي المعرفة التامة للمضاعفات الناجمة عن إجراءات الجراحات التجميلية للوجه والجسم إلى التردد وإلى عدم القيام بها،

تتضمن الجراحات التجميلية كثيراً من الإجراءات، أهمها:

#### ١- تنظيف البشرة:

وتقوم على فتح البثور والخراجات وتفريغ محتواها وعلى استخراج الزؤان بوساطة نازع الزؤان، ويستحسن قبل تنظيف البشرة ترطيب الوجه بتعريضه لبخار منطلق من وعاء يحتوي على ماء البابونج بغية تليين الزؤانات لتسهيل عصرها واستخراجها.

### ٧- تقشير البشرة الكيميائي peeling:

الغاية منه إحداث كشط سطحي قابل للشفاء من دون عقابيل. ويقوم المتقشير على تطبيق واحد أو أكثر من المواد المقشرة للجلد لإضفاء الحيوية والصفاء عليه مع تحسين ما يتضمنه من تصبغات وندبات سطحية وتجاعيد وأذبات ضيائية وعيوب أخرى، وأهم المواد المقشرة المستخدمة حمض الضواكه بتركيز ١٠-٧٠٪ أو حمض الخل بتركيز ١٠-٣٥٪، وهنالك ثلاث درجات من المتقشير؛ السطحي والمتوسط والعميق، تختلف درجات تركيز الحموض المقشرة بحسب درجة الأذبات وعمق الندبات المراد معالجتها.

الاستطهابات: يستطب تقشير الوجه في كل من الأذيات الثالية: التصبغات والتقرانات الضيائية والمران الشمسي والندبات السطحية والعد الشائع إذ يساعد على التخلص من الزؤان.

المساعفات: قد تحدث المضاعفات التالية: الحمامي طويلة الأمد الأكثر من ٣ أشهر وتفعيل الحالاً البسيط والخمج

الجرثومي السطحي والمشاكل الحدودية والتندب والتصبغ. ٣- المواد المائلة:

تتصف شيخوخة الجلد بحدوث تبدلات مورفولوجية مترافقة وتجاعيد من جراء ضعف الأنسجة الرخوة وضمورها بما فيها العضلات والشحم تحت الجلد، إضافة إلى نقص الكلاجين والإيلاستين في الأدمة. انتشرت عملية الحقن بالمواد المائلة بالنمو تدريجياً، ويدأت مستحضراتها تغزو الأسواق بأسماء تجارية مختلفة مثل Zyderm (كلاجين بقري) وحمض الهيالوريني Hylaform والسيليكون بعد أن كانت عمليات شد البشرة جراحياً هي المعلاج الوحيد لشيخوخة الجلد، والتي كان يجب تكرارها بعد مضي بضع سنوات. وعلى الطبيب اختيار المادة المائلة التي تختلف بمدة استمرارها الذي لا يدوم أكثر من بضعة أشهر، ويعدم تسرطنها وعدم تشويهها للأجنة وذات الحساسية الضعيفة؛

الاستطهامات: التجاعيد الناجمة عن الهرم والرضوح والنديات.

مضادات الاستطبابات: الحمل والإرضاع، وقد تؤدي بعض المواد المالفة مثل الكلاجين البقري إلى ارتكاسات أرجية وعمى syplast وحيد الجانب، وقد تسبب المالجة بالسيليكون حبيبوم السيليكون وهجرة المواد المحقونة من مكانها.

#### ٤- معالجة التجاعيد:

تعالج التجاعيد بذيفان البوتولينوم A (بوتوكس) botulmum toxin A (Botox) وينجم النيفان اليوتوليني عن جراثيم الاهوائية تدعى المطنيات الوشيقية.

أحدث استعمال البوتولينوم نمط A ثورة في فن التجميل بسبب فعاليته في معالجة التجاعيد وإعادة الشباب للوجه، وسم البوتولينوم نمط A أحد أمصال النيفانات العصبية السبعة المثيطة لتحرر الناقل العصبي للأستيل كولين عند اللويحة الانتهائية للعصبون المحرك؛ مما يؤدي إلى شلل عضلي مؤقت، وآلية إزائته للتجاعيد هي أن عضلات تعابير الوجه السطحية مرتبطة ارتباطأ مباشراً بالأدمة والنسيج تحت الجلد، فهي حين تتقلص تسحب معها الجلد مؤدية إلى التجاعيد في التجاعيد لا تحدث فوق العضلات المالجة. فهو إذن يفيد في محو التجاعيد المرتبطة بتقلص العضلات أكثر مما يفيد في التجاعيد المتبعد المتبعة، والمقطرة وحول في النصف العلوي للوجه (تجاعيد الجبهة، والمقطب وحول في النصف العلوي للوجه (تجاعيد الجبهة، والمقطب وحول

ويعالج بالبوتوكس أيضاً فرط التعرق الراحي الأخمصي؛ إذ إله يؤدي إلى شلل الأعصاب الودية الحاثة لإفراز العرق. مضاعفات البوتوكس: أهم مضاعفات البوتوكس الإطراق وتضاعلات التحساس الذاتي idiosyncrasy وجفاف الفم والألم وتفاعلات موضعية (شرى وحمامي وودّمة) والكدمات والصداع وتكوّن أضداد حاصرة تؤدي إلى فشل المالجة.

## ه- زرع الأشعار:

يعتمد مبدأ الزرع على نقل بصيلات الأشعار من المنطقة القفوية إلى المنطقة الصلعاء من الرأس بعد إجراء التخدير الموضعي لكلّ من المنطقة بالعطية والأخذة، ولا بد من جني عدد كبير من بصيلات الأشعار يصل وسطياً حتى ٢٠٠٠ شعرة لتغطية مساحة صغيرة من المنطقة الجرداء، إن استخدام التقنيات المتقدمة للوحدة الشعرية وزرع الشعر المجهري أو بالطعوم الأصغرية قد قلل من التأثيرات الجانبية لهذه الزراعة إلى الحد الأدنى.

تزرع الأشعار بطريقتين تقوم الأولى على أخذ شريحة شريطية مشعرة بعرض ٥, ١سم تقريباً من المنطقة القفوية تقطع إلى طعوم صغيرة يحتوى كل منها بصلتين حتى ست بصلات: - ترَّرع هذه الطعوم في المنطقة الصلحاء الأمامية للفروة بعد إجراء ثقوب صغيرة بوساطة رأس إبرة مقياس ١٩--١٩ تتناسب وانساع الطعوم الصغيرة التى ستغرس فيها. وتقوم الطريقة الثانية على الاستمانة بجهاز كهربائي ميكانيكي omnigraft يحوي قبضتين: الأولى تقطف الطعوم، والثانية تزرعها، تمتاز هذه الطريقة بسرعة الإنجاز وقلة الشرف وخفة الألم ويشدياتها غير الواضحة. وقد قلل استخدام هذه التقنيات المتقدمة لنزرع الوحدات الشعرية الصغيرة من التأثيرات الجانبية لهذه الزراعة، وعملية زرع الأشعار ولو أنها تنبت أشعاراً طبيعية؛ فهي لا تعطى شعراً كثيضاً. ولا ينصح بإجرائها للنساء المسابات بحاصة أندروجينية، ولا في بدء الصلع ولا تصغار السن ولا للمرضى التفسانيين.

التأثيرات الجانبية لزراعة الأشعار؛ يُذكر منها؛ النزف والخمج والتورم الشديد والصداع والخدر المؤقت والتندب حول الطعم والكيسات الناجمة عن نمو الشعر نحو الداخل والجدرات والفشل التام في نمو الشعر المزروع وألم الضروة والتفاعلات الأرجية.

## الميزوفيرابي mesotherapy:

هي طريقة علاجية تعتمد على حقن جرعات اصغرية

من دواء أو مجموعة أدوية - تبعاً للاستطباب - في الطبقة المتوسطة للمكان المستهدف، قادرة على البقاء ضمن الموقع المحقون فترة طويلة؛ مما يجنب جريان الدواء أو الأدوية في الدوران العام، كما يقلل من أذية الأعضاء الأخرى للجسم من تلك الأدوية إضافة إلى توفيره كميات من الدواء.

يستخدم في هذه الطريقة محقن ألي يدعى مسدس الحقن mesogun مزود بإبر متعددة من قياس ٣٠، يحقن من خلالها الدواء أو الأدوية مكان الهدف رشاً، يماثل هذا المحقن جهاز الديرموجيت (المحقن النفاث) الذي تحقن الأدوية من خلاله بالضغط عبر الأنسجة المتليفة.

أهم استطبابات هذه الطريقة معالجة الهلل (السيلوليت (cellulite) وشيخوخة الجلد وتساقط الأشعار وتجديد البشرة ومعالجة التراكمات الشحمية الموضعة (تحت الشحوم). والأدوية المستعملة كثيرة، وما يستعمل منها من أجل الهلل مثلاً: الفوسفاتاديل كولين الذي يستخدم في علاج التراكمات الشحمية، والأمينوفيلين الذي يشبط إنزيم الفوسفودي استراز؛ مما يمنعه من التداخل في AMP الحلقي ويعطله عن حرق الشحوم والهيالورونيدان وهو إنزيم طبيعي يحطم حمض الهيالوريني مؤدياً إلى حل حزم النسيج الضام التي تحتجز الشحوم.

مضادات الاستطباب: لا تستطب هذه الطريقة لمعالجة الأشخاص المتحسسين تجاه آحد المكونات الدوائية المراد حقنها والمرضى الذين يعانون من نوب الاختلاج والذين يتناولون مميعات الدم والمتبطين مناعياً. كما يحظر استخدام الميزوثيرابي في حقن الستيروئيدات.

## شفط الشحوم ونقل الشحم الذاتى:

ليس الغرض من شفط الشحوم فقد الوزن، إنما الغرض منه تجميل شكل الجسم وتحسين وظيفته. يجرى شفط الشحوم تحت تخدير موضعي يؤدي إلى إحداث انتباج في المكان المراد شفطه بوساطة جهاز شفط الشحوم، أما الأمكنة التي تشفط منها الشحوم ههي: أثداء الرجال المصابين بالتثدي والعنق وأسفل الفك والنراعان والبطن والورك والأوجه الخارجية للفخذين.

مضاعفات شفط الشحوم؛ تقيض الجلد المشوه وتندب منطقة المداخلة وعدم انتظام سطح الجلد والأرج الدوائي والسمية والنزوف الشديدة والأورام المموية وخمج الجرح والنخر الشحمي والصمامة الرثوية والوذمة الرثوية وخثار الأوعية العميق واختراق داخل الصفاق والتهاب الأوعية

النخري وتوقف القلب. ويجب أن يدرك المريض أن شفط الشحوم لا يحسن التهاب الهلل cellulite ولا الفزر الجلدية.

أما نقل الشحم الناتي فيقوم على استخدام شحم الإنسان بعد قطفه من مكان مستور وحقنه كمادة ما لئة في الأنسجة الرخوة كالخد أو أي منطقة أخرى للإنسان نفسه.

كان Fouriner أول من ابتدع طريقة الحقن الشحمي الذاتي المجهري كمادة مالئة؛ ذلك أن الشحم الذاتي المنقول للإنسان نفسه لا يؤدي إلى ارتكاسات أرجية. تؤخذ الشحوم من الألية غالباً بتخدير للنسيج الخلوي تحت الجلد تخديراً موضعياً، ثم يحصد الشحم بوساطة محقن مجهز بإبرة قاطعة تخينة مقياس ١٤ ينحت بها الشحم، ثم يمتص ويحقن بعدها في المكان الهدف مثل ملء غؤور في الوجه ناجم عن ضمور شحمي أو ملء الوجنات أو الطية الأنفية الشفوية أو الشفة أو انخساف الذقن.

وتتفاوت مدة بقاء الشحم المنقول بشدة، وتعتمد على الكثير من العوامل، بما فيها نوع الشحم المحقون (طازج أو مجمد) وكمية الشحم المحقون ومكان الحقن.

مضاعفات نقل الشحوم؛ نادرة وتشبه المضاعفات الناجمة عن المواد المائنة، وهي: الكدمات وتكون العقيدات والخمج والوذمة ونخر النسيج المأخوذ، وينجم عن حقن كمية فائضة من الشحم ضمن منطقة محدودة انسداد وعائي يؤهب للنخر، وهجرة الشحم الذي ينجم عن حقن كمية شحم زائدة في مكان ضيق.

#### ستفرة الجلد dermabrasion:

هي إحداث تآكل في الطبقات السطحية للجلد بوساطة آلة ساحجة، كاشطة سريعة الدوران (تدور ٢٥٠٠ دورة في الدقيقة)، وقد صممت بأداة تحكّم قدمية. للكاشطة رؤوس كالفرشاة مصنوعة من معدن صلب أو رؤوس مسئنة بشكل دواليب صغيرة، قطر الدولاب نحو السم ومختلف بعمق تسئنه. يتوقف انتقاء الدولاب الجالخ على توضع الأفة ونوعها، غالباً ما تجرى السنفرة على الوجه تحت التخدير العام تجنباً لأي أذى في أثناء عملية السنفرة إذا قام المريض بحركة غير مرغوب فيها، يمكن إجراء السنفرة تحت التخدير الموضعي حين سنفرة الوشوم أو سنفرة مساحات محدودة على الوجه.

تكشط المنطقة المراد علاجها طبقة طبقة حتى الحدود البشروية الأدمية؛ خشية حدوث تشدب دائم إذا ما تجاوز الكشط هذه الحدود، ثم يستر الجرح السطحي بعد عملية السنفرة بشاش يحتوي على الصادات.



الشكل (٢) جهاز سنفرة الجلد

الاستطهابات: ندبات العد وندبات الحوادث والوشوم وحروق البارود (الناجمة عن الألعاب النارية) والوحمات الصغيرة الحجم والوحمات الولادية العملاقة في الرضيع وفيمة الأنف والتقرانات المثية والتقرانات الضيائية والوحمة الثؤلولية وتفطر الأظفار.

التأثيرات الجانبية: النزف عقب العملية والحمامى ونقص التصبغ وفرط التصيغ والخمج الثانوي والتندب والجدرات.

ويجب على المريض المعالج بالسنفرة تطبيق دارئات الشمس على المناطق العرضة للضياء مع تجنب التعرض للضياء.

#### السنفرة المجهرية microdermabrasion:

أصبحت سنفرة الجلد المجهرية من أكثر الإجراءات التجميلية التي تجري في الوقت الحاضر بعد حقن البوتوكس، ذلك لأن إجراءها سهل غير مؤلم وغير نازف، وينجز بسرعة وخال من المخاطر تقريباً. تجرى السنفرة المجهرية بوساطة جهاز يستخدم مسحوق كريستالات أكسيد الألمنيوم ذات الأطراف الحادة والقاسية، وللجهاز خطان؛ أحدهما المقبض البدوي الذي يمرر على السطح المراد سنفرته؛ ويوساطته يتم قذف ذرات الكريستال الناعمة بقوة على الجلد في حين يتكون الخط الأخر للجهاز من محجم يقوم بشفط ذرات الكريستال الناعمة بقوة التي الجلد في حين يتكون الخط الأخر للجهاز من محجم يقوم بشفط ذرات الكريستال المستخدمة مع حطام وفضلات الخلايا البشروية التي أحدثتها تلك النزات.

الاستطباب: شيخوخة الجلد وشيخوخة الجلد الضيائية وعسر التصبغ وندبات العد.

اختلاطات المعالجة؛ الحمامى؛ ولكنها سريعة الزوال والفرفرية التي تنجم عن المعالجة العنيفة، والشرائط المصطبغة تعرض القائم بالعمل لتليف رئة من جراء

استنشاق ذرات الكريستال الناهمة؛ لنا يجب ارتداء قناع يوضع على الأنف والفم في أثناء المالجة.



البحث الصفحة

خصائص الأمراض الجلدية وتشخيصها		4
الأمراض الجلدية جرثومية المنشأ		YA
الأفات الجلدية القيروسية المنشأ		£«
الأمراض الجلدية الفطرية المنشأ		94
الأمراض الجلدية الطفيلية المنشأ		YY
الأخماج المنتقلة بالجنس		4.
الأمراض الجلدية الناجمة عن عوامل: آلية أو فيزيائية	أو كيميائية أو مفتعلة	118
الحكات، الحكاك، الجُلادات الحاكّة الموضّعة		171
التهاب الجلد التأتبي، والتهابات الجلد الأكزمائية		
الشرى والطفوح الدوائية		
الأمراض الجلدية: الحُمامية، والحمامية - الحطاطية الر	سفية، والأحمريات الجلدية —	148
الأمراض الجلدية الحويصلية - الفقاعية والبثرية		717
الأمراض الجلدية الناجمة عن اضطراب التقرن		
اضطرابات ثون الجلد		Y£Y
أمراض الجُريبات الزُهمية، وأمراض الفدد العَرقية		TTE
إمراض الشعر والأظفار		
أمراض اللسان والشفتين والأغشية الخاطية الفموية		744
الأمراض الجلدية الوعائية (الدموية واللمفية) والاضد	لرايات النزفية	*1.
أمراض النسيج الضام		m.
بعض المظاهر الجلدية في الأمراض الباطئة		TET
. أورام الجلد		ורץ
الأدوية والمعالجات الجلدية		